

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRIA EN ESTUDIO DE LA VIOLENCIA SOCIAL Y FAMILIAR

TRABAJO FINAL DE GRADUACION

TEMA

Propuesta de fortalecimiento del proyecto Ayuda sin Ayudar del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl

Sustentantes:

Licda. Cecilia Monge Perone

Licda. Andrea Vásquez Sáenz

2015

INDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	3
ÍNDICE DE CUADROS.....	3
ABREVIATURAS	4
Resumen Ejecutivo.....	6
Introducción	8
CAPÍTULO I: Marco Contextual	12
Antecedentes.....	13
Internacionales.....	13
Nacional.....	19
Locales	34
Justificación	36
Planteamiento del problema	40
Objetivos.....	43
Objetivo general	44
Objetivos específicos.....	44
Objetivo propositivo.....	44
CAPÍTULO II: Marco teórico - conceptual	45
Enfoque de género	46
Salud	48
Género y salud.....	52
Consumo de sustancias psicoactivas.....	54
a) Dependencia de sustancias	55
b) Abuso de sustancias	56
c) Intoxicación por sustancias	57
d) Abstinencia de sustancias.....	57
Codependencia.....	62
Género y codependencia.....	64
CAPÍTULO III: Marco metodológico	70
Tipo de estudio.....	71

Área de estudio	73
Categorías de análisis	73
Fuentes de información.....	74
Cuadro operacional	74
Selección de técnicas para la investigación	84
a) Análisis de contenido documental.....	84
b) Triangulación	85
Procedimientos de análisis de información	85
Resultados esperados y limitaciones en el proceso de investigación.....	86
CAPITULO IV: Presentación y análisis de los resultados	88
Adicción	89
Etapas del proceso adictivo: abuso, dependencia, intoxicación y abstinencia.....	89
Factores de riesgo	93
Factores protectores	97
Codependencia	100
Identidad y roles de género.....	101
Política pública	104
Intersectorialidad.....	104
Acceso al sistema de atención en salud	109
Calidad de la atención.....	112
CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones	117
Conclusiones.....	118
Recomendaciones	121
Recomendaciones para la construcción protocolo de una atención grupal para familiares de personas consumidoras de SPA con perspectiva de género	122
Fase de identificación	122
Fase de formulación y planificación.....	124
Fase de ejecución.....	127
Fase de evaluación	130
Bibliografía.....	132
Anexo #1: Boleta de inscripción al grupo socioteraputico “Ayuda sin Ayudar”	142

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

1 Triángulo Dramático.....	95
2 Sistema Nacional de Tratamiento.....	107

ÍNDICE DE CUADROS

1 Cuadro Operacional.....	75
2 Matriz de planificación sensible al género.....	128

ABREVIATURAS

ASIS: Análisis de Situación Integral de Salud.

CAID: Centro de Atención Integral en Drogas.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

CIE- 10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.

DESAF: Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

DMS IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición.

EBAIS: Equipos Básicos de Atención en Salud.

EDUS: Expediente Digital Único en Salud.

ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares.

IAFA: Instituto de Farmacodependencia y Alcoholismo.

ICAA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

ICD: Instituto de Control de Drogas.

ICODER: Instituto Costarricense de Deporte y Recreación.

INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

INCIENSA: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.

MEP: Ministerio de Educación Pública.

MJP: Ministerio de Justicia y Paz.

MS: Ministerio de Salud.

OG: Organización Gubernamental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organizaciones No Gubernamentales.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

SES: Servicio Extremeño de Salud.

SPA: Sustancias Psicoactivas.

Resumen Ejecutivo

La presente investigación se realiza en el marco del Posgrado de Estudio de la Violencia Social y Familia de la Universidad Estatal a Distancia y tiene como finalidad estudiar desde la perspectiva de género lo estipulado en las Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Decreto Ejecutivo N°31-110 S) y el Protocolo del Proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paul – Heredia en el periodo 2013-2014, respecto a la comprensión de la adicción y la codependencia.

Parte del reconocimiento de que la adicción es un problema complejo en el que se conjugan múltiples determinaciones de índole personal, social, cultural, económica y político; por lo que se requiere de un abordaje interdisciplinario, así como de políticas públicas planificadas y coordinadas.

Desde la perspectiva de género, se puede identificar que el consumo de SPA afecta de forma diferenciada a hombres y mujeres; ya que estructura relaciones asimétricas de poder, propiciando una distribución desigual de conocimientos, responsabilidades y derechos.

Las relaciones que la familia establece con la persona consumidora de SPA, también están permeadas por la categoría de género y por ende están mediadas por la construcción social de la identidad femenina y masculina hegemónicas y los roles que se derivan de éstas.

El género influye en los procesos adictivos en el sentido de crear y/o agudizar distinta sintomatología, perfiles, atribuciones causales; mediante instituciones depositarias de un poder delegado y sus discursos, prácticas o ejercicios de entrenamiento integrados en nuestra vida cotidiana.

Por lo anterior, las intervenciones deben ser desarrolladas no sólo a nivel individual sino familiar; brindando estrategias para favorecer y apoyar el proceso de tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora

Introducción

La dependencia a Sustancias Psicoactivas (SPA) es una enfermedad endémica que afecta no sólo a quien la padece, sino que sus repercusiones son visibles en los escenarios familiares y comunales.

Datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (2010) indican que Costa Rica presenta un crecimiento sostenido del consumo de drogas lícitas e ilícitas, el cual tiene implicaciones sociales, económicas y políticas; ya que no solo aumenta la morbilidad, sino también conlleva importantes costos en los sistema de salud.

De esta manera se identifica que el consumo de SPA es un problema complejo en el que se conjugan múltiples determinaciones que ameritan intervenciones de tipo farmacológica y psicosocial dirigidas a reducir el consumo y mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras y sus familiares.

Lo anterior debido a que esta población suele tener múltiples necesidades en variadas esferas; por lo cual, deben tener acceso al tratamiento que más les convenga y se ajuste a sus demandas.

Esto implica que el abordaje esté orientado a los niveles: personal, familiar, comunitario inmediato y al entorno social más amplio; ya que la eficacia de una intervención se funda en la necesidad de fomentar el apoyo y la participación de los y las actoras involucradas, así como de las instancias proveedoras de servicios

Desde lo social la atención de la población consumidora de SPA y sus familias busca; más allá de las reducciones en el consumo; ayudar a que éstas perciban sus problemas desde una perspectiva diferente y así, desarrollen autosuficiencia y autonomía.

Esto conlleva la ejecución de intervenciones no sólo a nivel individual sino familiar que brinden estrategias para favorecer y apoyar el proceso de tratamiento y rehabilitación de todos y todas las involucradas. La atención a los y las familiares de personas consumidoras de SPA se presenta como un requisito para la atención integral ya que facilita la prevención y el abordaje de la adicción.

En nuestro país el tratamiento de la adicción se encuentra regulado en las Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de

alcohol, tabaco y otras drogas establecida en el 2012 mediante el Decreto Ejecutivo N°37-110 S.

En ellas la CCSS asume un compromiso de cooperación con el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) para el desarrollo de proyectos y acciones dirigidas a brindar una atención integral en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población, su familia y la comunidad, mediante la prevención, la atención temprana y oportuna, el tratamiento y la rehabilitación.

Bajo esta óptica, la presente investigación se centra en el estudio de la adicción y la codependencia (como una de las secuelas del consumo de SPA en el ámbito familiar); y toma como objeto de estudio el proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl.

El proyecto busca la construcción de estrategias que permitan el fortalecimiento de habilidades de las personas usuarias y sus redes de apoyo para el desarrollo de estilos de vida saludables, donde la familia pueda participar asertivamente en las diferentes etapas de consumo.

En esta línea, con la investigación se pretende reconstruir las principales premisas de los lineamientos nacionales en el tema de la adicción que delimitan la intervención de la CCSS, y de contrastarlos con el protocolo del proyecto socio terapéutico grupal Ayuda sin Ayudar; con el fin de determinar los vacíos existentes y plantear en una opción viable que permita mejorar el sustento teórico y operativo desde un enfoque de género.

La presentación de los resultados obtenidos en la investigación se organiza en cinco capítulos.

El primero de ellos presenta el marco contextual el cual caracteriza el fenómeno de la adicción y la codependencia a nivel internacional, nacional y local; a la vez que se presentan investigaciones realizadas en cada uno de éstos escenarios.

El segundo capítulo expone el marco teórico- conceptual que delimita y fundamenta las comprensiones teórico-metodológicas para el abordaje del problema de investigación. Este

se desarrolla a partir de las categorías: enfoque de género, salud, consumo de sustancias psicoactivas, codependencia y política pública.

En el tercer capítulo se presenta el diseño metodológico que guio la investigación, en el cual se detalla el tipo y área de estudio, las categorías de análisis, fuentes de información, cuadro operacional, los criterios de selección de técnicas, el procedimiento de análisis de información, los resultados esperados y las limitaciones del proceso.

El cuarto capítulo contiene la presentación y análisis de los resultados, la cual se realiza con base al cuadro operacional y a la luz de los objetivos planteados.

Finalmente, en el quinto capítulo se plantean las principales conclusiones en relación al problema de investigación y los objetivos delimitados; a partir de las cuales se generan recomendaciones que se condensan en una guía para la construcción de un protocolo de atención grupal para familiares de personas consumidoras de SPA con perspectiva de género.

CAPÍTULO I: Marco Contextual

Antecedentes

Internacionales

La dependencia a SPA es una enfermedad endémica que afecta no sólo a quien la padece, sino que sus repercusiones son visibles en los escenarios familiares y comunales. El Informe Mundial sobre Drogas del 2012 (ONU, 2012) calcula que unas 230 millones de personas, es decir, el 5% de la población adulta en el mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en el 2010; alrededor de 27 millones de personas se calculan con consumo problemático de drogas, las cuales representa el 0,6% de la población adulta mundial.

Asimismo, tiene implicaciones sociales, económicas y políticas tanto a nivel nacional como internacional. En el informe mencionado se destaca que la heroína, la cocaína y otras drogas, cobran la vida de aproximadamente 0.2 millones de personas cada año "(...) siembran devastación en las familias y causan sufrimiento a miles de personas. Las drogas ilícitas socavan el desarrollo económico y social y fomentan la delincuencia, la inestabilidad, la inseguridad y la propagación del VIH" (ONU, 2012, pág. iii).

Por otra parte, entre un 10% y un 13% de las personas consumidoras de SPA, presentan problemas de dependencia y trastornos relacionados con el consumo, tales como la prevalencia del VIH (un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) (ONU, 2012); lo cual aumenta no sólo la morbilidad a nivel mundial, sino también implica importantes costos en los sistema de salud.

El informe destaca que la marihuana o el cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico son las de mayor consumo con una prevalencia anual de 2,6% a 5,0% la primera y de 0,3% a 1,2%, la segunda; estos datos en población adulta de 25 a 64 años. También se señala que el consumo de opioides y anfetamínicos con receta pero con fines no terapéuticos constituye un problema sanitario cada vez más grave.

No obstante lo anterior, el consumo de drogas lícitas también es preocupante:

(...) las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de tabaco durante el mes anterior a la reunión de datos (25% de la población mayor de 15 años) es 10 veces superior a la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante dicho mes

(2,5%). La prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42% (...) cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (...) El consumo de drogas representa el 0,9 % del total de años de vida perdidos como resultado del consumo de sustancias psicoactivas (drogas, tabaco, alcohol) (ONU, 2012, pág. 5).

A nivel de impacto en la sociedad, la ONU (2012) establece que el consumo de SPA supone una gravosa carga financiera. En términos monetarios se requerirían unos 200.000 a 250.000 millones de dólares para sufragar los costos de tratamiento relacionados con las drogas en todo el mundo. Sin embargo, las sumas reales destinadas son muy inferiores y de cada cinco personas que necesita dicho tratamiento solo una lo recibe.

Por otra parte, interesa destacar que existen variaciones en el consumo respecto a la edad y al sexo que son señalados en el informe:

1. La iniciación al consumo de sustancias psicoactivas suele ocurrir durante la adolescencia o la primera juventud, el consumo (legal) de tabaco y alcohol continúa en proporciones mucho mayores a medida que avanza la edad en los mismos grupos demográficos.
2. Existe una diferencia pronunciada entre los géneros en cuanto al consumo de drogas ilícitas, el cual es mucho menor entre las mujeres que entre los hombres. Sin embargo, hay indicios de que la diferencia podría estar disminuyendo en algunos mercados muy específicos.

Esto lleva a que en el informe se destaquen como factores que inciden en la evolución del problema:

(...) las tendencias sociodemográficas, como los equilibrios de género y de edad en la población y las tasas de urbanización (...) los factores socioeconómicos, como los niveles de ingreso disponible, desigualdad y desempleo (...) los cambios en los sistemas de valores tradicionales y el surgimiento de una “cultura juvenil”¹ (ONU, 2012, pág. 7).

¹ La fuerza motriz sociocultural más importante para la evolución del problema de la droga parece ser la popularización de una cultura juvenil. En muchos países en desarrollo, esto ha ido acompañado de una predilección por un estilo de vida occidental, que para algunos incluye la tentación de consumo de drogas ilícitas. Además, en muchas sociedades existe una tendencia hacia la disminución de los controles sociales que a menudo coincide con elevadas tasas de urbanización y migración. Ello puede dar lugar a cambios culturales, el debilitamiento de los vínculos familiares y una pérdida de los sistemas de valores tradicionales (ONU, 2012, pág. 128).

También se destacan las condiciones que, en grupos vulnerables como los niños, las niñas y adolescentes, causan incipientes problemas conductuales y psicológicos en una etapa temprana, entre los cuales mencionan: trastornos mentales, el descuido, el abuso, la disfunción familiar, la violencia y la inestabilidad.

Todos estos factores dan cuenta de que la dependencia a las SPA es un problema complejo en el que se conjugan múltiples determinaciones de índole personal, social, cultural, económico y político. De allí que su tratamiento requiera la combinación de abordajes farmacológicos y psicosociales para reducir el consumo y mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras y sus familiares.

En el 2003, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito publicó una guía para el tratamiento y rehabilitación en abuso de drogas. En ella se establece que un tratamiento bien organizado, con personal capacitado que preste el apoyo necesario, puede surtir efectos rápidos y duraderos en las personas afectadas (ONU, 2003).

Debe considerarse que las personas consumidoras de SPA suelen tener múltiples necesidades en variadas esferas: personales, sociales y económicas; por lo cual, deben tener acceso al tratamiento que más les convenga y se ajuste a sus demandas. Asimismo, los servicios de atención y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra esta población y apoyar su participación social (ONU, 2003).

En otras palabras, y vinculándolo al Informe Mundial sobre Drogas, los programas de tratamiento y rehabilitación para personas dependientes de SPA requieren la intervención de múltiples profesionales y sectores de la sociedad; así como de políticas públicas planificadas y coordinadas.

Esto implica que el abordaje esté orientado hacia varios niveles: el personal, familiar, comunitario inmediato y al entorno social más amplio; ya que la eficacia de una intervención se funda en la necesidad de fomentar el apoyo y la participación de actores presente en estos niveles; así como de entidades proveedoras de servicios (ONU, 2003).

La Guía de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito destaca que un elemento importante de los servicios son los grupos de autoayuda para las personas usuarias y sus familiares; ya que la participación del cónyuge y la familia son importantes para lograr el cumplimiento de los objetivos del tratamiento.

En esta línea, en el 2009 la Organización Mundial de la Salud (2009) publicó las directrices para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial de la dependencia de opiáceos (*“Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence²”*) (OMS, 2009), en ellas se destaca que el tratamiento de la dependencia a SPA puede servir a una multitud de propósitos. Más allá de las reducciones en el consumo, puede ayudar a que la persona usuaria perciba sus problemas desde una perspectiva diferente y así, mejorar la autosuficiencia y la autonomía.

También destaca que el abordaje psicosocial puede ayudar a las personas usuarias a clarificar sus metas en torno al consumo de SPA, a motivarlas a detenerlo o reducirlo, a aumentar la rendición de cuentas, a educar acerca de los síntomas de abstinencia y en estrategias útiles para minimizar la deserción en el tratamiento y las recaídas; así como a informar sobre las opciones de tratamiento post-retiro y apoyar en la reintegración social.

Respecto al abordaje familiar, las directrices evidencian su importancia en la intervención con adolescentes, ya que señalan la necesidad de mejorar las relaciones con los padres o para que estos aprendan cómo actuar mientras sus hijos o hijas están en tratamiento.

El Informe Mundial sobre Drogas, la Guía publicada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, así como las directrices de la OMS; permiten tener claridad no sólo del estado actual del consumo de SPA, los factores que intervienen y sus implicaciones; sino también de las tendencias a nivel mundial sobre el tratamiento y abordaje de este tipo de población.

El reconocimiento de los elementos anteriores permiten justificar el desarrollo de la presente investigación, ya que dan a conocer las profundas secuelas a nivel personal, familiar y social producidas por el consumo de SPA, que requieren de un abordaje integral que incluya la ejecución de intervenciones no sólo a nivel individual sino familiar que brinden estrategias

² Documento publicado sólo en idioma inglés.

para favorecer y apoyar el proceso de tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora.

La presente investigación se centra en el estudio de la codependencia como una de las secuelas del consumo de SPA en el ámbito familiar, que genera ansiedad y angustia en los y las integrantes de la familia y por lo tanto, no favorece la recuperación de la persona consumidora.

A nivel internacional, la bibliografía consultada sobre la adicción no detalla en el análisis de la codependencia, por lo que se procedió a buscar investigaciones relacionadas directamente a este tema; encontrándose que es un tópico poco abordado y que los estudios se relacionan con su comprensión y alternativas de atención.

Al respecto, se destaca la investigación de Arboleda y otros (2010); quienes se proponen describir, a la luz de las constelaciones familiares, el juego de la responsabilidad de la madre en este tipo de patrón relacional. Este estudio es de gran importancia porque permite contar con una definición de codependencia, así como con elementos para reflexionar sobre las particularidades de género, ya que destaca que la madre es más susceptible a desarrollar este tipo de patrón.

La investigación de Gonzáles y Magos (2012) apoya lo anterior ya que pretende mostrar cómo la dinámica familiar puede entenderse como génesis de una relación codependiente. Las autoras explican que:

(...) la codependencia se define como el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional (Gonzales & Magos, 2012, pág. 264).

Aunque destacan que la codependencia se trata de una estructura de personalidad sin importar el género; concluyen que al parecer la población femenina es la más vulnerable para establecer una relación codependiente.

Estas dos son las únicas investigaciones que abordan con tal especificidad el tema de la codependencia. No obstante, se encuentran otras que se abocan a la exploración de la dinámica familiar y la adicción, entre las que se pueden mencionar los estudios de Begoña

(2011), Bröning, Moesgen y Klein (2013), Puerta (2006) y Mora (2005); los cuales analizan programas dirigidos a la atención del consumo a nivel familiar.

La investigación de Begoña (2011) argumenta la validez del Método Minnesota, el cual se desarrolló en Estados Unidos en los años cincuenta y parte de un enfoque integral y multidisciplinario orientado hacia la abstinencia y basado en los principios de los Doce Pasos. Entre las metas que establece el programa se encuentran “(...) ayudar al adicto y a su familia a reconocer su enfermedad y sus consecuencias en su vida” (pág. 3)

Específicamente Bröning, Moesgen y Klein (2013) presentan una metodología de trabajo grupal llamada “TRAMPOLINE” para hijos e hijas de familias afectadas por toxicodependencias. Puerta (2006) describe y analiza el proceso de activación de la resiliencia de veinte familias vinculadas a la Comunidad Terapéutica Luis Amigó de Medellín, Colombia. Mora (2005) analiza los factores de protección personales, familiares y comunales que contribuyen a que los y las adolescentes que participan del Programa de Prevención Integral de la Asociación RENACER no consuman drogas.

Estas experiencias dan cuenta de la importancia del trabajo no sólo con la persona consumidora de SPA, sino también con sus familiares, ya que la intervención oportuna permite modificar los patrones de relación que facilitan la conducta adictiva.

A la vez, evidencian que las formas de abordaje no sólo se dan a nivel de tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora de SPA y su familia; sino también, a nivel preventivo, con otros u otras integrantes de la familia, especialmente los hijos e hijas.

También es posible observar que el abordaje debe contemplar la participación de diversas profesiones que intervengan de manera inter y multidisciplinaria. Sin embargo, es evidente que la atención a la codependencia generada es un tema poco investigado.

Nacional

Según datos de la última Encuesta Nacional de Consumo de drogas (2009), Costa Rica presenta un crecimiento sostenido del consumo de drogas ilícitas, desde 1990 hasta el año 2006, específicamente el patrón de prevalencia de vida es 3.99% en 1990, 4% en 1995, 5.84% en 2001 y 7.92% en 2006. Además el consumo mensual de drogas ilícitas plantea 0.44% en 1990, 0.44% en 1995, 0.52% en 2001 y 0.68% en 2006; siendo evidente el aumento constante en la población (CCSS, 2010).

Se parte de la premisa de que las drogas lícitas son la puerta de entrada al consumo de las drogas ilícitas, por lo tanto, el hecho de que exista un aumento importante en el inicio del consumo en edades tempranas, supone un incremento en el riesgo de dependencia, no solo para este tipo de sustancias, sino también para las de tipo ilegal.

De allí que “el consumo de sustancias psicoactivas constituye una prioridad de salud pública, debido principalmente a las implicaciones bio-psicosocial-económicas que provoca en la población costarricense, obligando (...) a brindar una atención prioritaria a esta población” (CCSS, 2010, pág. 10).

En Costa Rica el tratamiento de la adicción se encuentra regulado en las Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas establecida en el 2012 mediante el Decreto Ejecutivo N°37-110 S. Estas políticas son de vital importancia para la presente investigación porque brindan insumos para conocer el tipo de tratamiento y atención que se brinda a nivel nacional a las personas consumidoras de SPA y sus familiares.

Las Políticas establecen que es función del Estado a través de sus instituciones velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de la ciudadanía, así como es su deber prevenir el uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica, y asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas; y procurar los recursos económicos necesarios (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012).

A la vez establece que el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) le corresponde ejercer la rectoría técnica y la supervisión en materia de prevención y tratamiento, así como proponer, diseñar y evaluar programas de prevención del consumo de drogas.

Esta política se señala es consecuente con las disposiciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, bajo el principio de “medidas integradas y no descoordinadas”, las cuales tienen como finalidad el desarrollo y fortalecimiento de programas eficaces e integrados que garanticen la prevención y la atención continua en las instituciones de atención de la salud y los servicios de asistencia social. Esto desde la prevención primaria hasta la intervención precoz, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social y servicios de apoyo conexos destinados a promover la salud y el bienestar entre las personas, familias y comunidades (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012).

No obstante lo anterior, Las Políticas reconocen que actualmente en el país no se cuenta con acceso universal garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación en el sistema nacional de salud, ni en el sistema privado. En este orden, se especifica que la oferta gubernamental de servicios de tratamiento, se encuentra relacionada con la infraestructura a cargo del IAFA y de la CCSS.

El IAFA trabaja en la consolidación de los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID), los cuales están conformados por equipos multidisciplinarios, con el fin de que se brinde una atención integral a la persona consumidora de SPA y a su familia en el nivel local, en coordinación con los sistemas locales de salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG) existentes (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012).

Los CAID realizan el diagnóstico y tratamiento integral, en régimen ambulatorio, de las personas que presentan algún tipo de consumo de SPA, así como también brindan orientación, educación e intervención terapéutica a los familiares o red de apoyo de las personas directamente afectadas, según sus necesidades. Los equipos actualmente se encuentran ubicados en cinco provincias, a saber: Puntarenas, Guanacaste, Alajuela, Limón y Cartago en el cantón central.

Además, en las Oficinas Centrales del IAFA ubicadas en San Pedro de Montes de Oca, se cuenta con:

- ❖ Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad: para la atención de los niños, niñas y adolescentes con trastornos por consumo de SPA. Este centro cuenta con los servicios de valoración de las personas menores edad, centro ambulatorio intensivo y centro residencial. Además, cuenta con el apoyo para su funcionamiento de instituciones como la CCSS, el Ministerio de Educación Pública (MEP), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y Ministerio de Trabajo y Seguridad a través de la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF).
- ❖ Proceso de Atención a Pacientes: cuenta con los servicios de consulta de orientación, desintoxicación ambulatoria y consulta externa para la población en general.

Por su parte, la CCSS cuenta en todo el país con 29 Hospitales, 104 Áreas de Salud y 944 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), distribuidos en todo el territorio nacional. Además cuenta con el Programa Nuevos Horizontes, ubicado físicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual brinda servicios de desintoxicación a personas menores de edad consumidoras de SPA. Existen también otras iniciativas aisladas de programas de atención a esta población en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes y en el Hospital William Allen de Turrialba. Asimismo, existen Clínicas de Cesación de Fumado en algunos hospitales nacionales y se está tramitando su apertura en otros centros de la Institución (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012).

En el caso de las ONG, el país cuenta con 73 programas de tratamiento y rehabilitación, aprobados por el IAFA, según el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento. De los cuales, tres trabajan con población menor de edad. Prácticamente la totalidad de los centros se enmarcan en la modalidad de instancias residenciales y su capacidad de atención es para 27 personas en promedio y la media de antigüedad de 10 años, con una capacidad instalada nacional cercana a las 1.500 camas (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012).

Es importante señalar que en Las Políticas se destaca que la CCSS y el IAFA han suscrito un convenio de cooperación con el objetivo de establecer proyectos y acciones conjuntas

para la atención integral de la persona consumidora de SPA, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población, su familia y la comunidad, mediante la prevención, la atención temprana y oportuna, el tratamiento y la rehabilitación.

Aunque ha aumentado la oferta significativamente, se reconoce que es insuficiente y baja para atender las necesidades de poblaciones específicas. Por lo tanto, se establece como imperativo aumentar la cobertura de los programas de tratamiento y rehabilitación, así como mejorar los servicios de atención públicos y privados y diversificar la oferta existente para adecuarla a los requerimientos de las personas afectadas y al nivel de complejidad del problema.

A nivel de la intervención familiar, se encuentra que el modelo de atención que viene aplicando el IAFA tiene entre sus componentes la “Consulta de Orientación”, la cual es dirigida a familiares o miembros de los grupos de contención de las personas consumidoras de SPA, que demandan conocimiento sobre el cómo manejar ese tipo de problemática, en aras de facilitar el proceso de atención y recuperación. En cuanto al abordaje familiar, este no tiene un carácter central en los programas de atención; y es planteado, más bien, como secundario u opcional.

Paralelo a Las Políticas, también en el 2012 se publica la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2012) en el cual se destaca la importancia de fomentar y proteger la salud mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de base comunitaria y el fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y ONG’s.

Esta propone como lineamiento para el IAFA, el Ministerio de Salud (MS), CCSS, el Instituto de Control de Drogas (ICD), ONG’s, los gobiernos locales, el Ministerio de Justicia y Paz (MJP), el Ministerio de Gobernación y Policía, MEP; entre otros; el “(...) desarrollo de un programa nacional intersectorial e interinstitucional de atención integral a las personas consumidoras de drogas y promover el fortalecimiento de los factores protectores, con enfoque comunitario, con base en la evidencia epidemiológica y científica” (Ministerio de Salud, 2012, pág. 55).

En esta línea, establece como acción a seguir:

(...) la participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender el consumo de drogas, mediante el aporte de estrategias con enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud mental, con el propósito de atender de manera integral el consumo de drogas” (Ministerio de Salud, 2012, pág. 55).

De lo descrito se puede interpretar que la atención a los y las familiares de personas consumidoras de SPA se configura como un factor protector para la prevención y el abordaje de la adicción; y además, es requisito para una atención integral; lo cual es un elemento importante a considerar en la presente investigación.

Por otra parte, con el fin de profundizar en la atención que se da en el país a la adicción y codependencia interesa mencionar que en el 2009 la Comisión del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas (COCERTRAD) realizó un diagnóstico situacional del recurso humano vinculado al tratamiento de la adicción (COCERTRAD, 2009).

El estudio menciona que la mayoría de los servicios de tratamiento para personas con problemas asociados a las adicciones, en la actualidad, son proporcionados por ONG's con personal que aún requiere de mayor preparación para cumplir esta función³.

Asociado a lo anterior, uno de los principales problemas que se enfrentan en el tratamiento de las personas con problemas derivados del consumo de SPA, es el de la calidad y efectividad de las estrategias de intervención, sean éstas de tipo básico o especializado; ya que en la región centroamericana no existe un sistema de homologación de los elementos técnicos que definen y caracterizan a cada uno de los niveles de intervención para el tratamiento de la dependencia de SPA.

Entre los principales resultados del diagnóstico se pueden destacar:

1. En la mayoría de las ONG's y organizaciones gubernamentales (OG), las personas entrevistadas son del sexo masculino (más del 50% del recurso humano). Para el caso de las ONG's, predomina los varones en la oferta de servicios, lo cual puede estar definido por dos factores:

³Se trata, en su mayoría, de adictos recuperados o bien grupos religiosos con poco o ningún entrenamiento en la provisión de dicho tratamiento y que adolecen de una formación académica suficiente, así como de habilidades gerenciales y de administración básicas (COCERTRAD, 2009, pág. v).

- a. El primero, vinculado con asuntos de género, dado que la mayoría de los programas de tratamiento están dirigidos a hombres, lo que genera la opción de contar con un mayor recurso masculino.
 - b. El segundo, asociado a una connotación sociocultural del consumo de SPA. Se sabe que la censura hecha por la sociedad al consumo en mujeres, es más severa que para los hombres, lo cual les limita a ellas acudir oportunamente a sus procesos de recuperación, disminuyéndoles la oportunidad de desarrollarse como un excelente recurso humano para el tratamiento de otras personas con la misma problemática.
2. El 72% del recurso humano se encuentra ubicado en las ONG's, representando a la mayoría de quienes brindan este tipo de servicios, básicamente bajo condiciones de experiencia empírica, de allí la necesidad de que este recurso llegue a estar debidamente capacitado en el tema del abordaje e intervención de las personas afectadas por el consumo de SPA.
 3. En las OG, el 100% de las personas que realizan labores vinculadas con el tratamiento, poseen una formación técnico-profesional.
 4. La orientación en el tratamiento ofrecido por las OG, es más de tipo profesional (bio-psico-social), y en ONG, más de orientación socio afectiva y educativa. Estos resultados orientan hacia la necesidad de contar con el perfil adecuado del recurso humano, logrado mediante la formación sistematizada del mismo, tanto teórica como práctica, buscando homologación en las actividades de intervención y abordaje, con base en estándares mínimos de calidad y adecuadas prácticas clínicas.
 5. El 38.5% de las actividades que se desarrolla en o para los programas de tratamiento de drogas del país – tanto a nivel gubernamental como no gubernamental – se enmarcan dentro del campo técnico-profesional (profesionales en medicina, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, docencia universitaria, consejería).

Es importante destacar, para efectos de la presente investigación, que en el estudio no se especifica si este recurso humano trabaja o no con los y las familiares de las personas

consumidoras; tampoco se menciona si dicho personal cuenta con capacitación para realizarlo. Se podría asumir como un vacío importante a nivel del país el desarrollo de programas dirigidos a familiares, así como la gestión de recurso humano capacitado.

De forma más específica, en la revisión documental se encuentra que el IAFA realiza periódicamente estudios sobre consumo de drogas en diferentes grupos sociales con el objetivo de dar a conocer el comportamiento del fenómeno de las drogas en Costa Rica. Entre los estudios realizados por dicha institución se pueden destacar:

- ❖ La Encuesta Global sobre el Tabaco en Jóvenes (GYTS) 2013. Resultados, Costa Rica.
- ❖ La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria. 2012.
- ❖ El estudio sobre Impacto Económico del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica, 2011.
- ❖ La Estimación de la Demanda de Tratamiento de personas menores de edad consumidoras problemáticas de sustancia psicoactivas en Costa Rica, 2011.
- ❖ Las encuestas nacionales de consumo de drogas.
- ❖ La Estimación del Consumo Per-Cápita de Alcohol en población costarricense mayor de 15 años, 2008-2012.

Estos estudios dan cuenta del perfil epidemiológico del consumo de SPA en el país; sin embargo, no brindan elementos para conocer las formas de abordaje e intervención desarrolladas por dicha institución y las personas colaboradoras, de allí que no se profundizaron en sus contenidos para la presente investigación.

A nivel de la CCSS, no se encuentran investigaciones, pero si interesan mencionar algunos documentos que delimitan la intervención con personas consumidoras de SPA y sus familiares; dado que el presente trabajo final de graduación se desarrollará en dicho escenario.

Primeramente, se encuentra el perfil de proyecto “El nuevo rol de la CCSS frente a las adicciones como problema de Salud Pública en Costa Rica” (CCSS, 2000), el cual se desarrolla en el contexto de modernización de la institución y propone la implementación de

un “Programa Nacional de Atención al Adicto y su Familia”; así como la creación de una “Unidad de atención al empleado adicto y su familia”. Sin embargo, ninguna de las propuestas fue puesta en ejecución al día de hoy; lo cual no significa que la atención al consumo de SPA no sea parte de la atención en salud brindada por dicha institución.

Para el 2003, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) publicó un módulo de capacitación para el Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales denominado el “Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia” (Avila, 2003), el cual brinda elementos para comprender la adicción como un problema de salud. A la vez que aporta un marco conceptual sobre el consumo y describe las intervenciones para la promoción y prevención de las adicciones; así como para el abordaje de la persona consumidora y su familia. Este módulo es de particular importancia para la presente investigación, ya que es un referente teórico validado por la institución.

En el 2007, se publican las Políticas Institucionales 2007-2012 y el Planeamiento Estratégico Institucional contenidos en el documento “Una Caja Costarricense de Seguro Social Renovada Hacia el 2025”; en donde se establece como lineamiento estratégico:

(...) diseñar y ejecutar planes interinstitucionales e intersectoriales para propiciar los ambientes y estilos de vida saludables, y para reducir los factores causales de los problemas prioritarios de salud, de acuerdo al enfoque de intervenciones de salud basadas en la evidencia (CCSS, 2007, pág. 46).

Implícitamente, este lineamiento contiene la atención a las personas consumidoras de SPA y sus familias.

Para el 2010, se publica el Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas (CCSS, 2010) (en adelante El Manual Técnico) en el que se reúnen una serie de elementos teórico- metodológicos y técnico –operativos para la intervención, entre los que se pueden mencionar:

- ❖ Un estado actual del consumo de SPA en Costa Rica.
- ❖ Un marco conceptual que incluye los enfoques para el abordaje (transteórico, motivacional, derechos humanos, género, reducción de daños y riesgos), los conceptos básicos en el ámbito del consumo de SPA; así como aspectos

relacionados con la neurobiología, la etiología biopsicosocial y las consecuencias psicosociales del consumo.

- ❖ Los tipos de intervención para el abordaje de usuarios y usuarias consumidoras: promoción, prevención, intervención, manejo de la desintoxicación y del síndrome de abstinencia, intervenciones farmacológicas, tratamiento y abuso continuo de la dependencia, manejo de la comorbilidad y complicaciones, y reinserción social.
- ❖ Se brindan criterios para realizar el diagnóstico y la ubicación de los usuarios y usuarias en la modalidad de tratamiento más apropiada: tratamiento ambulatorio, ambulatorio especializado, sistema de internamiento hospitalario, tratamiento residencial o comunidad terapéutica.

En relación al abordaje familiar, en el Manual Técnico se destaca como requerimiento necesario para la atención oportuna, la inclusión de elementos de apoyo suficientes, entre los que se mencionan: el acceso a medicación, servicios de monitoreo toxicológico, intervenciones conductuales individuales o grupales, servicios integrales de intervención que incluyan la atención a la familia, servicios médicos, rehabilitación vocacional y grupos de autoayuda. Todo esto con el fin de incrementar la posibilidad de obtener una recuperación satisfactoria y estable.

Además, en el componente de intervención y en el de reinserción social se menciona como parte del abordaje, intervenciones orientadas a coordinar con otras instancias interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias para la restauración del funcionamiento familiar, académico, laboral y social (CCSS, 2010).

Dentro de los ejes evaluativos que se deben considerar para elegir el tipo de intervención según el diagnóstico de la persona usuaria, se desarrolla un componente denominado “El contexto social en el cual el individuo vive y va a ser tratado”. En este se analizan las potenciales amenazas para la seguridad de la persona usuaria o para su compromiso con el tratamiento, como son: situaciones de vida, relación con familiares y personas significativas, condiciones laborales, académicas, entre otras, que conforman el entorno en el cual debe desenvolverse.

Durante el proceso se identifican fuentes de apoyo, personas, recursos económicos, posibilidades educativas o de trabajo que pudieran servir de estímulo para la motivación al tratamiento o para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico (CCSS, 2010).

También se destaca que el trabajo interdisciplinario en la atención de personas consumidoras de SPA contribuye a proveer herramientas para una mejor comprensión de los trastornos por consumo a través de la educación del y la paciente y de sus familiares.

El tema de la codependencia se incluye de manera somera en las particularidades del abordaje de mujeres y se establece la importancia de:

(...) reeducar su conducta de maternidad responsable, mediante un trabajo directo con las mujeres y sus hijos e hijas, que transforme positivamente sus vínculos, evite traspasar a la siguiente generación un estilo de relación interpersonal de codependencia y un lugar social en tanto sujetos-madres. Es decir, promover una maternidad elegida y responsable (CCSS, 2010, pág. 82).

Es importante evidenciar como la codependencia es asociada al ser mujer en este documento.

Ahora bien, para la reconstrucción del contexto nacional, también se realizó una búsqueda de trabajos finales de graduación relacionados con el tema de la adicción y la codependencia, se identifica que la mayoría de las investigaciones analizadas desarrollan su proceso investigativo en programas de tratamiento y atención a población consumidora; y no así a sus familiares, lo cual podría decirse es una tendencia a nivel nacional.

La única investigación que trabaja el tema de la codependencia es la de Martínez y Picado (2002) la cual estudia la dinámica de la codependencia en la relación de pareja matrimonial en dos mujeres casadas con personas que presentan patrones característicos de alcoholismo y su posible relación con las dinámicas de sus familias de origen.

Las autoras (2002) se ubican dentro del enfoque estratégico el cual plantea que la codependencia deviene de:

(...) una dificultad, dentro de los miembros de las familias alcohólicas, para discriminarse. Dentro de esta indiscriminación surge en la familia una necesidad de controlar la conducta de otros, necesidad que responde al miedo a aceptar la propia orfandad. Si la persona controla las conductas del otro podrá asegurar el no abandono. Pero este control

no debe verse como un control lineal, sino que más bien responde a una circularidad en donde uno controla pero a la vez es controlado. En todas las posiciones que se asumen se obtienen ganancias secundarias de su condición. En las familias alcohólicas el elemento que facilita el control es el alcohol (Martínez & Picado, 2002, pág. 28).

En este orden, concluyen que la codependencia es un estilo interpersonal de relacionarse, cuyo eje es la necesidad de control y satisfacción de las necesidades de los otros y otras a expensas de las necesidades propias. Este modo de relacionarse es más evidente en las mujeres por su condición de género que se refuerza en el proceso de socialización, en el cual otros actores sociales enmarcan pautas de lo que debe ser el comportamiento femenino y masculino. “De esta forma, la mujer es reconocida en la medida que adquiere funciones y roles al servicio de otros, lo que a su vez les permite obtener ganancias secundarias que reafirman su rol” (Martínez & Picado, 2002, pág. 129).

Por lo tanto, el tratamiento del alcoholismo no debe centrarse en lograr el cese de la conducta de consumo sino en la revisión de la interacción del sistema familiar ya que, si no es abordada, esta interacción podría provocar la reincidencia de la conducta de bebida pues las dinámicas internas se siguen estructurando a partir del alcohol.

La investigación de Álvarez y otros (2010) analizan el quehacer de Enfermería en el abordaje de las necesidades de salud de las personas adolescentes en proceso de rehabilitación de adicción a las drogas, institucionalizados en los Albergues del Hogar Crea en el Gran Área Metropolitana. Como aporte de dicho estudio se subraya que en:

(...) el abordaje de la persona adolescente en proceso de rehabilitación por adicción a drogas requiere una atención interdisciplinar, desde la cual las distintas perspectivas profesionales se articulen para desarrollar estrategias de intervención diseñadas de manera integral, con el fin de satisfacer las necesidades emergentes en el proceso (Álvarez y otros, 2010, pág. 214).

En esta línea, se encuentran los trabajos finales de graduación de Chavarría y Robles (2008), Mora (2005) y Víquez (2012). Las autoras (2008) analizan la influencia de los factores ambientales e individuales en el proceso de resiliencia en hombres adictos a SPA, recuperados y que se ubican en el Hogar Crea de San Ramón, para brindar aportes en la atención de la adicción desde la resiliencia.

Mora (2005) investiga los factores de protección personales, familiares y comunales que contribuyen a que los y las adolescentes que participan del Programa de Prevención Integral de la Asociación RENACER no consuman drogas. Y Víquez (2012) analiza el programa educativo de Habilidades Sociales desde la Autoexpresión en Arteterapia con el fin de determinar la medida en que se relaciona con el desarrollo de conocimientos que sean un factor de protección frente al consumo de drogas en la adolescencia en un colegio semiprivado del Área Metropolitana.

Estos estudios concluyen que existe una correlación entre los factores protectores y los procesos de resiliencia; donde estos últimos no pueden desenvolverse sin la presencia de los primeros. Las personas que desarrollaron resiliencia, contaron con apoyo familiar, comunal, institucional entre otros y lograron mantener características positivas que influyeron en su recuperación (Chavarría y Robles, 2008).

Un vacío importante identificado a partir de dichas investigaciones es que para el caso de consumo a SPA en Costa Rica, el énfasis en su mayoría ha sido estudiar los factores de riesgo (Chavarría & Robles, 2008). En este sentido, un hallazgo encontrado es que el trabajo con la familia figura como una ruptura con la forma de abordaje tradicional que representa el fortalecimiento de un factor protector. En palabras de las autoras (2008):

(...) actualmente se ha fomentado como ejes de intervención la promoción y la prevención, para lo que el Trabajo Social debe incluir como actor clave a la familia, el cual se constituye como un importante factor de contención para enfrentar la adversidad y por lo tanto en un factor protector, como ya se comprobó con la investigación. Para el caso específico de una problemática como la adicción, el intervenir desde un modelo de resiliencia desde el Trabajo Social, se considera pertinente para trabajar prejuicios y temores del sistema familiar ante la adicción (Chavarría & Robles, 2008, pág. 210).

Finalmente, como recomendaciones plantean fomentar, desarrollar y dirigir grupos socioeducativos o “escuelas para padres” orientados a la formación en el enfoque de la resiliencia y el fortalecimiento de los factores protectores.

El estudio de Bermúdez (2011) es de particular importancia porque se aboca a investigar cómo se manifiesta en la vida cotidiana de los padres y las madres, la experiencia de vivir con un descendiente consumidor de SPA, las redes de apoyo con que han contado y cómo

han enfrentado esta situación los y las progenitoras que asisten al grupo de ayuda NAR – ANON.

Si bien es cierto no trabaja de forma directa el tema de la codependencia, desarrolla aspectos sobre la dinámica y la organización familiar cuando hay un o una integrante de la familia con dependencia a SPA. En palabras de Bermúdez (2011):

(...) los modelos de familia ven el consumo de drogas u otro tipo de problema como una expresión de la conducta inadaptada de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema (Waldron, 1997). Por lo que se podría mencionar que el consumo de sustancias cumple una importante función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse con estresores internos o externos, o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema familiar (pág.17).

En este punto, se podría interpretar que la codependencia es resultado de esta alteración y “funciona” como un mecanismo para hacer frente a los estresores internos o externos.

De manera similar Flores y Porras (1996) en su trabajo final de graduación identifican cuáles fueron las situaciones sociofamiliares presentadas en el proceso de adicción al crack de personas menores de edad; para lo cual recurren a la Teoría General de Sistemas ya que según ellos:

(...) es una de las corrientes teóricas que más ha influenciado la formación del concepto moderno de familia, al establecer los conceptos de unidad funcional, interacción y funcionalidad de los miembros que integran un sistema. En este sentido, esta teoría abarca una serie de elementos necesarios para el abordaje y la comprensión del problema objeto de estudio de esta investigación [las condiciones socio familiares que intervinieron en la adicción al crack], al permitir la evaluación de múltiples variables al mismo tiempo, debido a que la conducta de cada persona se encuentra en interacción con los demás miembros del grupo familiar; por tal razón las premisas de esta corriente se constituyen en la base que fundamentan este análisis (...) (Flores & Porras, 1996, pág. 55)

Esta investigación adquiere relevancia para el presente proceso en el tanto aporta para la comprensión de la familia, así como para el análisis de las formas de organización y

funcionamiento; y las alteraciones que genera el consumo de SPA, entre las que se puede incluir la codependencia.

El trabajo final de graduación de Anchía y Jarquín (2011) realiza un acercamiento para la comprensión de los procesos de trabajo en el IAFA, específicamente en el programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo” con la finalidad de proponer opciones que permitan fortalecerlo.

Para lo cual reconstruyen la política de promoción de la salud, identifican las demandas históricas que mediaron la formulación y ejecución del programa y reconstruyen los procesos de trabajo, para finalmente proponer una opción viable que permita mejorar el sustento teórico y operativo del programa “Aprendo a Valerme por Mí mismo”. Esta investigación brinda elementos metodológicos para el desarrollo del presente estudio el cual se aboca a fortalecer el Grupo Socioterapéutico Ayuda sin Ayudar.

Por su parte, Jiménez (s.a)⁴ analiza las características psicológicas, sociales y biológicas de las personas dependientes del alcohol y otras sustancias, que están en proceso de recuperación en los grupos de Doce Pasos, son egresadas de comunidades terapéuticas o reciben servicios de índole espiritual o terapéutica. Además, propone establecer un perfil de las personas en vías de recuperación del alcoholismo, abuso y dependencia de otras drogas en Costa Rica y proponer estrategias terapéuticas para beneficiar su recuperación.

La investigación de Lescouflair (2009) sostiene que las consecuencias del alcoholismo también se observa a nivel familiar pues crean conflictos internos, abandono de responsabilidades, divorcios y todo tipo de abusos.

En esta línea, Vargas (2010) diseña un plan piloto para un Programa Interinstitucional de Atención Integral para la población indigente y consumidora de drogas y/o alcohol en el Cantón de Turrialba, para lo cual se aboca a la identificación de las características socio demográficas, la prevalencia del consumo de drogas y/o alcohol; así como a la determinación de la atención recibida y la disponibilidad de las personas en estado de indigencia en participar en un programa de tratamiento y rehabilitación.

⁴ En el Trabajo Final de Graduación no se documenta el año, tampoco en la referencia de la biblioteca.

Estas tres investigaciones –Jiménez (s.a.), Lescouflair (2009) y Vargas (2010) – tienen su centralidad en la persona con consumo adictivo, así como en su proceso recuperación y no incorporan otros elementos de índole familiar ni realizan una vinculación teórica con el enfoque de género.

Locales

El presente estudio se desarrolló en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl de la CCSS; el cual es un hospital regional ubicado en la provincia de Heredia.

De acuerdo con la estructura organizacional de la institución, el Hospital corresponde a un segundo nivel de atención, en el cual se ofrecen servicios de apoyo al primer nivel en especialidades básicas, según el perfil epidemiológico de la población. Trabajo Social brinda atención social a las personas usuarias del segundo nivel de atención, con énfasis en prevención secundaria y curación de la enfermedad (Güel, 2013).

De este modo, la atención a los y las familiares de personas consumidoras de SPA deriva de la atención directa e indirecta dada mediante la consulta externa y hospitalización de los servicios médicos y de apoyo del Hospital, entre los que destacan: Siquiatría, Medicina Interna y Psicología; así como en la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.

La atención brindada desde estos servicios se desarrolla de forma individual en la consulta de cada una de las especialidades. En la indagación realizada, no se identifica registro de la atención de los casos en un estudio o artículo que dé cuenta de la metodología de abordaje. Tampoco se identifican experiencias de intervenciones grupales o interdisciplinarias previas.

Se conoce que está en proceso de acreditación para su implementación la Clínica de Cesación de Fumado, la cual es una modalidad de intervención interdisciplinaria y grupal, cuyo objetivo es proporcionar tratamiento a personas consumidoras de tabaco para que puedan abandonar su dependencia a la nicotina y llevar un estilo de vida más saludable.

El proyecto que está en desarrollo, es el que figura como objeto de la investigación, a saber el Grupo Socio Terapéutico “Ayuda sin ayudar”, el cual es formulado y ejecutado por la Licda. Andrea Vásquez Sáenz desde el año 2013 y quien es trabajadora social del Hospital.

El proyecto es resultado de la demanda de atención grupal y terapéutica colocada por la Supervisión Nacional de Trabajo Social y con base en el perfil de las necesidades identificadas en el desarrollo cotidiano de los procesos de trabajo del Servicio de Trabajo Social.

Por año se desarrollan dos experiencias grupales según lo establecido en el Plan Anual Operativo del Servicio y los objetivos a cumplir son los siguientes:

- ❖ Desarrollar procesos de aprendizaje sobre la adicción, la codependencia y sus consecuencias.
- ❖ Evaluar el papel que juega la adicción y la codependencia en las relaciones intrafamiliares e interpersonales.
- ❖ Aprender pautas de comunicación que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar.
- ❖ Promover la modificación de los esquemas relacionales para que las personas puedan recuperar el control de su propia vida.

Durante los tres procesos grupales desarrollados al momento (febrero – julio 2013, julio - noviembre 2013 y febrero – mayo 2014) se han atendido 28 personas en total, un promedio de nueve personas por grupo, de las cuales sólo uno ha sido hombre. Las personas asistentes cumplían diferentes roles: hijas, esposas o madres de personas consumidoras de SPA.

Como se puede inferir, el enfoque grupal es terapéutico y por tanto la modalidad es cerrada; se organiza en diez sesiones semanales de dos horas cada una. Se requiere la inscripción previa y cumplir con un perfil de participante para lo cual se realiza un filtro mediante la aplicación de un cuestionario que determina el grado de codependencia de la persona (ver anexo #1).

Justificación

En Costa Rica, las drogas legales – tabaco y alcohol- son las más consumidas, siendo particularmente el alcohol, la SPA más utilizada. Los datos de encuestas nacionales revelan que tomar bebidas alcohólicas no es un hábito exclusivo de la población adulta; si no también, de personas cada vez más jóvenes; lo que resulta en que la embriaguez ocurra cada vez en personas de menor edad (Amador y otros, 2011).

Siguiendo a los autores (2011) los datos de consumo de alcohol per cápita colocan a Costa Rica en niveles de consumo intermedio; no obstante, las consecuencias sociales y de salud, son de tal magnitud que se requiere ir más allá de las regulaciones legales, tendientes a controlar, desestimular, o eliminar la producción, distribución y consumo de SPA

Ante esta situación, es importante reconocer como premisa que las situaciones asociadas al consumo, responden a factores y condicionantes de índole económico, político y social; por lo que los abordajes deben encontrar un balance entre la protección de la salud y el control represivo (Amador y otros, 2011).

En este escenario, es importante impulsar programas de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las personas con consumo y dependencia de SPA. Además aumentar la cobertura de los programas de rehabilitación, mejorar los servicios de atención públicos y privados, fortalecer las redes sociales o comunitarias de atención y diversificar la oferta existente, para que se ajuste a los requerimientos de las personas afectadas y al nivel de complejidad; tal como se evidencian en los hallazgos del contexto nacional.

Al ser el Hospital San Vicente de Paúl, un segundo nivel de atención y la oferta de servicios de Trabajo Social, estar orientada al “tratamiento y rehabilitación”; se desarrolla un grupo socio-terapéutico con familiares de personas consumidoras de SPA.

Esto por cuanto se parte de la premisa de que la familia se encuentra inserta en la dinámica de reproducción de los vínculos y relaciones que causan, mantienen o son consecuencia del abuso y adicción a SPA (Fundación Instituto Spiral, 2012).

De la misma forma, se reconoce que la familia también está afectada por la enfermedad y como consecuencia genera un sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción. A esto se le puede llamar codependencia; la cual se puede entender como una serie de

patrones de conducta y pensamientos (obsesión, falta de límites, conductas de rescate, compulsión y control, deseos de cambiar a la persona adicta, dejando de vivir para vivir la vida del otro), que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación alienante con una persona consumidora (Fundación Manantiales, 2011).

Desde el proyecto Ayuda sin Ayudar se considera que trabajar la codependencia desde una estrategia grupal permite:

- ❖ Incrementar la motivación para el cambio y la adhesión al tratamiento, al observar en otras personas las ventajas y ganancias del mismo.
- ❖ Facilitar la observación y la introspección: ya que las personas puede introyectar como es vista su conducta por los demás.
- ❖ Obtener apoyo social y aceptación; ya que los y las participantes pueden encontrar un contexto en el que no necesitan simular su malestar y su incapacidad para generar cambios.
- ❖ Compartir experiencias y emociones (positivas y traumáticas) con personas con quienes se identifican, sin ser juzgadas, criticadas o aconsejadas.
- ❖ Aumentar la auto-aceptación.
- ❖ Aprender nuevas formas de conducta que le han resultado útiles a otras personas en situaciones similares.
- ❖ Confrontar la realidad.
- ❖ Estimular una relación interpersonal adecuada a través del espacio grupal.
- ❖ Establecer límites, desapego y expresión emocional.

Por tanto, no se trata de abordar con los y las familiares, sólo los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de consumo, sino que se aboga por otorgarle un mayor protagonismo a la familia independientemente del proceso rehabilitador o de la etapa de consumo en que esté la persona.

Trascender el tratamiento y rehabilitación de las personas consumidoras mediante un abordaje familiar, se configura como una estrategia para cumplir con uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 que busca la interiorización de prácticas saludables y sostenibles a nivel individual y colectivo.

En ese mismo Plan, se señala como responsabilidad del sector salud “(...) promover en la población estilos de vida saludables, a través del desarrollo de programas y proyectos dirigidos a la (...) interiorización de prácticas saludables y sostenibles a nivel individual y colectivo” (PND, 2010 pág. 56), los cuales se “(...) suman al objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población y potenciar un desarrollo humano sostenible” (PND, 2010 pág. 55).

Cabe rescatar que los estilos de vida de la población, la exclusión, los roles asumidos según género, las condiciones económicas y culturales de las personas, la incidencia de la publicidad en la vida diaria; entre otros aspectos, han provocado el aumento en la ocurrencia de enfermedades crónicas y de otras enfermedades como lo es el consumo de SPA, con sus consecuentes efectos a nivel familiar.

Por tanto, es fundamental que desde el Servicio de Trabajo Social, se contribuya a la construcción de estrategias que permitan el fortalecimiento de habilidades de las personas usuarias y sus redes de apoyo para desarrollo de estilos de vida saludables.

En esta línea, fortalecer el proceso de intervención grupal sobre la codependencia y sus implicaciones tanto en la persona consumidora como sus familiares; es un imperativo ético, ya que permite aumentar el conocimiento teórico y metodológico sobre dicho fenómeno, la articulación con las políticas nacionales y así contribuir al mejoramiento de las estrategias de intervención.

Planteamiento del problema

El consumo de SPA genera importantes alteraciones en la dinámica y las formas de relacionarse a nivel familiar. Se parte de la premisa de que es casi imposible que una persona pierda el control de su vida por la dependencia a las sustancias sin que esto afecte a quienes están a su alrededor.

La familia espera que la persona consumidora cumpla con una serie de obligaciones y de roles socialmente definidos, pero esto no es posible debido al deterioro psicológico, físico y social que sufre a causa de su enfermedad.

Ante este escenario, la familia comienza a realizar una serie de adaptaciones a nivel relacional tan extremas que llegan a comportarse y pensar como la persona consumidora; y de esta manera, comienza a deteriorarse la relación en todo el sistema familiar producto de la impotencia y la ansiedad.

Dadas estas alteraciones, muchas veces se crea una dificultad en las y los familiares de la persona consumidora para regular los estados emocionales. Es decir, el efecto que produce esta persona en sus familiares muchas veces es el mismo efecto que produce la droga en él o ella.

De este modo, las y los familiares tienden a entrar en constante negación y presentan exabruptos emocionales; ya que su comportamiento depende, para su buen funcionamiento, de la persona consumidora.

Así, se comienza a desarrollar una serie de patrones de relación que de manera compulsiva y a pesar del daño resultante, buscan controlar a la persona consumidora. Estos patrones son una respuesta al proceso adictivo, que pueden ser aprendidos y transmitidos de manera transgeneracional si no es enfrentado adecuadamente.

Por todo lo anterior, es que las investigadoras proponen el desarrollo de un proceso de investigación que permita reconstruir las principales premisas de los lineamientos nacionales en el tema de la adicción que delimitan la intervención de la CCSS, y de contrastarlos con el protocolo del proyecto socioterapéutico grupal Ayuda sin Ayudar; con el fin de determinar los vacíos existentes y plantear una opción viable que permita mejorar el sustento teórico y operativo desde un enfoque de género.

De esta manera se define como problema de investigación:

¿Cómo es comprendida la adicción y la codependencia desde la perspectiva de género, en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014?

Objetivos

Objetivo general

- ❖ Estudiar desde la perspectiva de género la manera en que se comprende la adicción y la codependencia en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.

Objetivos específicos

- ❖ Reconstruir desde la perspectiva de género la manera en que se aborda la adicción en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.
- ❖ Identificar desde la perspectiva de género la manera en que se aborda la codependencia en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.

Objetivo propositivo

- ❖ Plantear recomendaciones para la construcción de un protocolo de atención grupal que permita una atención integral con perspectiva de género a las y los familiares de personas consumidoras de SPA.

CAPÍTULO II: Marco teórico - conceptual

El planteamiento del problema de investigación, así como la definición de los objetivos de la misma, demandaron la profundización de una serie de elementos y categorías teóricas que permitieran a las autoras tener una base para el análisis. Para ello, el estudio se fundamenta en el enfoque de género, cuyas premisas principales serán reseñadas a continuación, considerando la adicción y la codependencia como elementos de análisis.

Enfoque de género

El enfoque de género abarca un conjunto de categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos vinculados al conjunto de situaciones, condiciones y/o hechos históricos construidos en torno al sistema sexo-género. Al respecto Lagarde (1996, pág. 7) señala que ésta teoría permite “(...) analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos, construidos socialmente, productos del tipo de organización social de género, prevaleciente en su sociedad”.

Lo anterior significa que la organización social de género no es exclusiva de una época histórica, ni de un determinado conjunto social o de un grupo de individuos; tampoco es una categoría que se da de forma natural e inmutable; sino que se transforma y adquiere distintas particularidades dependiendo del contexto en que se analice.

Por lo tanto, la sociedad está dividida entre hombres y mujeres, y esta forma de organización descansa sobre la sexualidad (sexo femenino y masculino), a través de la cual se le atribuyen a los hombres y las mujeres de forma diferenciada determinadas actividades, formas de ejercer la intelectualidad, la afectividad, el lenguaje, los valores, los deseos, la subjetividad, la identidad, el sentido de pertenencia, los bienes materiales y simbólicos, la capacidad para vivir y relacionarse con los otros y otras.

La división sexual de la vida le asigna a cada sexo una serie de deberes y prohibiciones, así como una carga de derechos y libertades. Esto requiere la creación de mecanismos que permitan la manutención, reproducción y legitimidad de esta forma de organización social; entre las que se encuentran instituciones como la familia, la iglesia, la educación, entre otras, así como un marco legal y reglamentario que fundamente los mandatos de éstas y represente el mecanismo de coerción social para quienes vayan en contra de los límites planteados y los valide en el plano formal.

Desde la cultura se dicta en el imaginario social, a través de las costumbres, valores, lenguaje y creencias, lo que se espera de las personas para mantener el orden socialmente establecido y permita legitimar el sistema social basado en la sexualidad.

Sobre esto Rauber (2003), explica que

(...) las diferencias biológicas entre los sexos se confunden (mezclándose) en una, con las construcciones socioculturales de valores y significados que se adjudiquen a lo masculino y a lo femenino en cada momento histórico. (...) esta relación se plantea como natural, cuando el género se asimila igual al sexo, al pretender que las diferencias entre el hombre y la mujer, son estrictamente de carácter biológico y por esa vía se rodea de un aura de naturalidad e inevitabilidad (pág. 17).

El género entonces coloca los límites de las acciones, comportamientos, actitudes, maneras de pensar, expresarse y en las relaciones que establecen las personas. Es decir, establece de antemano el deber ser y la finalidad de cada quien, sin importar sus particularidades, simplemente las personas deben irse adaptando y cualquier desviación a esta norma, podría ser censurada y sancionada, mediante mecanismos de expulsión y discriminación.

Frente a esta realidad tan compleja, la perspectiva de género permite la comprensión de la misma desde una visión totalizadora, histórica y dialéctica, convirtiéndose en una herramienta teórico metodológica para trascender la inmediatez y develar lo que a través de la historia ha permanecido oculto o minimizado.

La teoría de género ubica a las mujeres y a los hombres en su circunstancia histórica y por ello da cuenta también de las relaciones de producción y de reproducción social como espacios de construcción de género "(...) plantea que mujeres y hombres no han sido creados por seres sobrenaturales ni por divinidades, sino que son construidos social y culturalmente sobre una base biológica que se modifica dialécticamente por la interacción sociocultural" (Lagarde, 1996, pág. 6-10).

Esto a su vez, facilita comprender que de acuerdo a las asignaciones dadas a las personas según su género, y los diferentes estereotipos culturales que en torno a ello se han creado, así serán las posibilidades sociales reales de los(as) individuos, situando a algunos en una posición de poder frente otros que continúan subordinados, excluidos y discriminados en diferentes ámbitos.

De este modo, analizar la adicción y la codependencia desde la óptica del género implica develar el sustento ideológico, político, histórico y material que subyace en todos aquellos elementos, códigos, leyes, mandatos y mandamientos dirigidos a reproducir el orden de género.

Además, significa reflexionar sobre el porqué de las vivencias personales y colectivas, de la obediencia y la sumisión, así como de la resistencia y la subversión de determinados grupos; develando la lógica subyacente y los intereses que los mueven.

Toledo (2001, pág. 3), señala que:

(...) cuando se habla de género femenino y género masculino ya no se habla más de algo inherente a los seres humanos; no se está tratando del ser genérico, sino del ser histórico, aquel que es constituido históricamente (...) las ideas de lo que es lo femenino y lo masculino con las cuales convivimos día a día se fueron construyendo y transformando a lo largo de la historia.

De esta forma, la discusión del género guarda poca relación con el sexo o las características físicas del hombre y la mujer, ya que al ser construcciones culturales derivadas de las diferencias sexuales existentes entre lo biológico y lo cultural.

Considerando lo expuesto hasta el momento, se presenta una síntesis de los principales elementos teóricos conceptuales que constituyeron la base para el desarrollo de esta investigación.

Salud

El concepto de salud más utilizado es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual fue adoptado en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946 y firmada el 22 de julio del mismo año por los representantes de 61 Estados; entró en vigor el 7 de abril de 1948 y a la fecha no se ha modificado.

Ha sido ratificada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud mediante la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud mediante la Carta de Ottawa (1986).

La definición se encuentra consignada en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, en donde se define que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948, pág. 1).

Dicha definición fue considerablemente aceptada por su carácter innovador y por su amplitud, ya que supera la visión de la salud como ausencia de enfermedad y circunscrita a la esfera física; al incluir el concepto de bienestar y las esferas mental y social.

No obstante, dicho concepto ha sido criticado debido a que su definición es impracticable, no es operativa ni medible; por lo absoluto de la palabra “completo” en relación con el bienestar. Huber, Knottnerus y Green (2011) explican que el principal problema es que contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad⁵; ya que la exigencia de completo bienestar dejaría a la mayoría casi siempre con mala salud.

En esta línea, los autores (2011) explican que la definición “(...) reduce al mínimo la importancia de la capacidad humana para afrontar de manera autónoma los desafíos físicos, emocionales y sociales de la vida y para funcionar con sentido de realización y bienestar aún con una enfermedad o discapacidad crónica” (Huber, Knottnerus, & Green, 2011, parr. 8), situación a la que se enfrentan millones de personas en la actualidad.

Retomando lo establecido en la Conferencia Sanitaria Internacional, la OMS (1948) reconoce que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (pág. 1). Interesa evidenciar que entre las “aclaraciones” que se destacan no se incluye el sexo, ni el género; se utiliza el concepto de “ser humano” en su sentido genérico y se espera que se infiera que incluye a hombres y mujeres.

Sin embargo, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) se amplía el concepto al establecer que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social la persona o grupo de personas debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

⁵Apoya las tendencias de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, en asociación con las organizaciones profesionales, a redefinir las enfermedades y ampliar las posibilidades del sistema sanitario (Huber y otros, 2011).

Ante esto, se establecen como “prerequisitos” para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; ya que se parte del reconocimiento de que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud.

En esta línea, se menciona el concepto de “equidad sanitaria” y se explica que:

Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres (OMS, 1986, pág. 1).

Es importante destacar el pronunciamiento sobre la igualdad de hombres y mujeres; así como, la relevancia que tiene la responsabilidad individual sobre el control del estado de la salud y la interrelación que existe con el medio, ya que se reconoce que todos los medios sociales están involucrados como individuos, familias y comunidades.

En Costa Rica, la CCSS desarrolla su concepción de salud reconociendo el carácter histórico de la misma, el cual está dado por el contexto temporal y espacial en el cual se desarrolla; además de la perspectiva cultural y social (Villegas y otros, 2003).

Los autores y las autoras (2003) explican que el concepto de salud ha evolucionado desde una perspectiva unicausal⁶, una concepción biologista de la salud⁷, hasta la ruptura con el modelo tradicional y la inclusión de “lo social” en la salud. Explican que con la introducción de “lo social” se amplía el concepto de salud a la conceptualización del proceso de salud-

⁶ “Desde la aparición de la medicina científica en los siglos XVIII y XIX con el descubrimiento de los microorganismos y su asociación con las enfermedades, surge una nueva concepción que se apoya en la teoría de los gérmenes y que explica los problemas de salud según la relación agente-huésped. En otras palabras, el nacimiento de la microbiología justifica la concepción unicausal de la salud y fundamenta la atención de la salud en la ciencia biológica” (Villegas, y otros, 2003, pág. 13).

⁷ “Se fundamenta en el enfoque clínico: privilegia al individuo y la fisiopatología; la familia y el ambiente son datos que se suman al anamnesis con escasa contextualización. Este modelo organiza las respuestas en la forma tradicional de atender la enfermedad; o sea, atiende el daño y sus indicios, el riesgo y la exposición a los riesgos” (Villegas, y otros, 2003, pág. 13). Se caracteriza por su reduccionismo y separación del cuerpo- mente.

enfermedad, en lo colectivo determinado por las condiciones materiales de vida de las personas y grupos sociales; es decir, por las dimensiones de la reproducción social (implica el componente económico dominante, la organización de la vida cotidiana, la sociabilidad, la afectividad, la sensualidad, la subjetividad, la cultura y el placer y otros aspectos de la experiencia social individualizada).

La principal diferencia de ésta definición con la de la OMS es la aprehensión de la salud como un proceso de continuo cambio y adaptación; influenciada por múltiples determinaciones como la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad, las relaciones de producción, de género, los hábitos y otros factores que median la adaptación de los hombres y las mujeres.

“Esta concepción de la salud está centrada en las relaciones que se establecen en el proceso social de producción como determinantes de las desigualdades en el estado de salud de las personas, grupos sociales y comunidades”(Villegas y otros, 2003, pág. 16).

De este modo, la salud está determinada por las necesidades y problemas derivados del modo⁸, condiciones⁹ y estilos de vida¹⁰, y por las respuestas sociales a esas necesidades y problemas. Está biológica y socialmente determinada, por lo que ocurre en los procesos de reproducción social de las sociedades, grupos y personas.

La reproducción social se configura como la articulación de procesos biológicos¹¹, ecológicos¹², de conciencia y conducta o comportamientos¹³; y económicos¹⁴. Además, está

⁸ Integra los conceptos de condiciones de vida y estilos de vida para referirse a las formas favorables o desfavorables en que los hombres y las mujeres viven su existencia en la vida cotidiana, todo ello en función del ambiente y del medio social que los rodea (Villegas y otros, 2003, pág. 17).

⁹ Se relaciona fundamentalmente con la disposición de recursos materiales y culturales a que los grupos sociales tienen acceso, según su incorporación al proceso productivo de una sociedad (Villegas y otros, 2003, pág. 17).

¹⁰ Se relaciona con las conductas o comportamientos individuales; producto, entre otros aspectos, de la pertenencia a un determinado grupo social, nivel educativo, gustos y preferencias (Villegas y otros, 2003, pág. 17).

¹¹La primera condición para la existencia de sociedades, es la presencia del ser humano como especie, la reproducción de sus procesos biológicos y de su potencial biológico. El ámbito básico de estos procesos es la concepción, la embriogénesis, la gestación, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo. En estos se manifiesta la capacidad inmunológica y la herencia genética (Villegas y otros, 2003, pág. 18).

¹²El ser humano, al igual que los otros seres vivos, existe en el contexto de sus relaciones con otras especies y con el ambiente. Envuelve la interacción de los individuos y grupos con el ambiente residencial y de trabajo, y en la participación en sistemas ecológicos en un determinado territorio (Villegas y otros, 2003, pág. 18).

influenciada por las relaciones de género, etnia, generacionales y de clase (Villegas y otros, 2003).

En síntesis, se puede afirmar que la salud es un proceso complejo que se construye social y biológicamente y que es difícil de definir por su carácter multidimensional. De esta manera los abordajes dirigidos a intervenir en el proceso de salud de las personas deben contemplar los diferentes factores que la conforman.

Género y salud

El género se configura como una mediación del proceso de salud - enfermedad, y por tanto, analizar su influencia es necesaria para su comprensión.

Rojas y Fernández (2001) explican que la socialización de género, es parte de la reproducción social y como tal condiciona y determina los procesos de salud-enfermedad individual y colectiva; ya que a partir de la asignación del sexo biológico, se generan una serie de pautas diferenciadas que se consideran apropiadas para hombres y para mujeres, las cuales se dan en relación con los rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades productivas y reproductivas, que han producido una relación desigual, jerarquizada e histórica entre hombres y mujeres.

En consecuencia, en cada una de las dimensiones de la reproducción social, el juego específico de las fuerzas que favorecen y deterioran la salud es distinto, de acuerdo con las condiciones reales de cada género, que en una interacción dialéctica con su pertenencia de clase y etnia, propician un determinado perfil de salud-enfermedad (Rojas & Fernández, 2001, pág. 21).

Es por esto que se puede establecer que la condición de género constituye un factor que puede determinar algún grado de riesgo o protección para la salud; en el tanto implica una relación de poder-subordinación que deriva de un conjunto de relaciones y prácticas sociales

¹³ Las relaciones del ser humano con la naturaleza están mediadas por su conciencia, por su capacidad de percibir el mundo que lo rodea, de desarrollar concepciones, valores, hábitos y de organizarse y expresar sus sentimientos. Estas formas de conciencia y conducta se reproducen en la sociedad mediante procesos e instituciones, tales como la familia, el sistema de educación formal e informal, la organización social y política de una sociedad, que expresan lo cultural, lo societal y lo comunitario (Villegas y otros, 2003, pág. 19).

¹⁴ La constituyen las formas de organizarse y participar en la producción, distribución y el consumo de bienes y servicios. Es un componente fundamental de la vida humana. La subsistencia exige la producción de estos bienes y servicios mediante el trabajo (Villegas y otros, 2003, pág. 19).

que tendrán un efecto diferenciado en la situación de salud de las personas ya sean hombres o mujeres.

Un ejemplo de lo anterior, es el análisis de los perfiles de salud-enfermedad y su atención diferenciado por género. Rojas y Fernández (2001) evidencian:

(...) la sobremortalidad masculina por accidentes y violencias, ingestión de alcohol y drogas, asociada estrechamente con conductas estereotipadamente masculinas. La prevalencia de depresión es dos o tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres. Y se trata de una enfermedad que está más relacionada con estilos de personalidad que con factores hormonales, pero sí influyen en ellas experiencias ligadas a formas de socialización y a oportunidades diferenciadas por género (pág. 22).

Este aspecto es de particular importancia para la comprensión y el abordaje de la adicción y la codependencia; ya que su relación está vinculada a la salud de las personas y a las relaciones de género; en donde los hombres presentan un mayor consumo y las mujeres sufren las consecuencias relacionadas al consumo que se asocian a las demandas de cuidado socialmente impuestas (trastornos del estado de ánimo y codependencia).

Flores y otros (2005) en el “Análisis de indicadores de género y salud” destacan que para el 2001, la prevalencia de un mes de consumo de tabaco en mujeres es de 14% y la de hombres de una 29,9%. Por su parte, en lo relativo al consumo de alcohol la prevalencia de un mes es de 48,6% y la de mujeres de 29,5%.

En esta línea, en Las Políticas se destaca que la distribución por sexo de egresos en hospitales y clínicas, públicas y privadas, así como en organizaciones no gubernamentales muestra que el 86.4%, corresponde a hombres mientras que solo el 13.6% a mujeres, estos datos para el 2009.

También se destaca que los servicios para la atención de las mujeres, son la minoría, la disponibilidad de camas sigue siendo menor que para los hombres. En dichos programas ingresaron solo un 6% de mujeres, mientras que el 94% corresponde a varones.

Estos datos puede llevarnos a dos premisas que permiten analizar las vinculaciones entre el género, la salud, la adicción y la codependencia:

- ❖ El consumo de SPA es mayor en los hombres y esto se relaciona a la masculinidad tradicional, la cual entre otras cosas promueve el consumo de licor como elemento de demostración de la masculinidad. Esta necesidad demostrativa articulada al consumo de SPA conlleva a situaciones de riesgo que muchas veces requieren de la atención en salud.
- ❖ Las mujeres vinculadas a estos hombres tiene mayor riesgo de desarrollar patrones de relación de codependencia, debido a la socialización genérica y a los mandatos que establecen el “ser para otros” y el rol de cuidado en las mujeres.

A partir de esto se evidencia que la relación género – salud debe analizarse a profundidad, en articulación con los efectos de la socialización de género.

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de SPA puede producir una serie de trastornos mentales identificados por la Asociación Americana de Siquiatría a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV¹⁵(Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995) el cual lo clasifica como “trastornos por consumo de sustancias”.

Según este manual estos incluyen las alteraciones relacionadas con la ingestión de una droga (incluyendo el alcohol), y se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésicoinducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimoinducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias). Cabe aclarar que para efectos del presente estudio interesa profundizar en el primer tipo de trastorno mencionado.

¹⁵ En mayo del 2013 se publicó la quinta edición; sin embargo, aún no está traducida al español, por lo que se utilizará el DSM-IV.

a) Dependencia de sustancias

La dependencia de sustancias se define como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, que se caracteriza por:

(...) 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 autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995, pág. 182).

Es importante mencionar que, la CCSS toma esta definición para conceptualizar el término “enfermedad adictiva”.

Los síntomas producidos por la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, sin embargo, con algunas de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer. La “necesidad irresistible” de consumo (conocida como “craving”) se observa en la mayoría de las personas con dependencia de sustancias (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

Para que se diagnostique la dependencia, la persona debe presentar tres o más de los siguientes síntomas en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses¹⁶:

1. Tolerancia: es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia.
2. La abstinencia: es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta.

¹⁶ Tomado de Asociación Estadounidense de Siquiatría (1995).

3. Patrón de uso compulsivo de una sustancia expresado en: la persona toma la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido; la persona puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
4. Historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
5. Dedicar mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.
6. Todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia, y/o importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.
7. A pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, la persona continúa consumiendo la sustancia

El aspecto clave en la evaluación de la dependencia no es la existencia del consumo, sino más bien la imposibilidad de abstenerse a éste, a pesar de que la persona sea consciente de las dificultades que el consumo causa (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

b) Abuso de sustancias

El abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

Se caracteriza por presentar uno de los siguientes síntomas repetidamente dentro de un mismo período de 12 meses¹⁷:

1. El incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes:

¹⁷ Tomado de Asociación Estadounidense de Siquiatría (1995).

- 1.1 La persona aparece intoxicada o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de ella el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa.
 - 1.2 Mientras está intoxicada, la persona puede descuidar sus obligaciones o se involucre repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas.
 - 1.3 Pueden existir problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia.
 - 1.4 La persona puede continuar el consumo de la sustancia a pesar de un historial de repetidas consecuencias indeseables, tanto sociales como interpersonales.
2. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias.

c) Intoxicación por sustancias

Desde la Asociación Estadounidense de Siquiatría (1995) la intoxicación se define como la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión; en el cual se desarrollan cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (por ejemplo agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social).

Es importante aclarar que muchas sustancias provocan cambios fisiológicos o psicológicos que no son necesariamente desadaptativos. El comportamiento desadaptativo sitúa al sujeto en un mayor riesgo de padecer efectos adversos.

Retomando, los cambios son producidos por los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. Estos síntomas no son producto de una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental; sino que se asocian con frecuencia a la dependencia o abuso de sustancias.

d) Abstinencia de sustancias

La abstinencia consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado

de grandes cantidades de sustancias; lo que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

Al igual que en la intoxicación, los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. La abstinencia se asocia con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias. Las personas con abstinencia presentan una necesidad irresistible (craving) de volver a tomar la sustancia para reducir los síntomas.

Retomando los aspectos generales del consumo de SPA, en el Manual se aclara que existe una amplia variación cultural en las actitudes hacia el consumo, los patrones de uso, su accesibilidad, las reacciones fisiológicas a las sustancias y la prevalencia de los trastornos relacionados con su uso. Por lo tanto, la influencia de estos factores debe tomarse en consideración.

En relación al género, la Asociación Estadounidense de Siquiatría (1995) destaca que para las drogas de abuso los trastornos relacionados con sustancias suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada tipo de sustancia.

Por otra parte, la CCSS además del reconocimiento de estos trastornos asociados al consumo de SPA, define el concepto de “proceso de la carrera adictiva”, en el cual influyen dos tipos de factores: los determinantes y los influyentes (Vargas y otros, 2003).

Los factores determinantes son siete¹⁸:

1. **El uso:** el desarrollo de la enfermedad tiene su inicio en el momento en que el individuo realiza el acto de darse permiso para usar la primera dosis de la sustancia psicotrópica elegida. Si el uso se mantiene en forma sutil o manifiesta, el consumidor pasa a la etapa del abuso.
2. **El abuso de sustancias:** se utiliza la misma conceptualización que la del DSM-IV.

¹⁸ Síntesis realizada a partir de Vargas y otros (2003).

3. **La dependencia:** es dividida en dependencia al grupo de referencia (el grupo logra que cada miembro cumpla con el mandato de usar la sustancia en forma experimental, sin saber que, un porcentaje considerable, pasa al abuso y dependencia de la droga), psicológica (la droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica, que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar) y física (la persona pierde la capacidad de detenerse, una vez que inicia el contacto con la droga, continúa usándola a pesar de los efectos adversos que ejerce en su organismo y en sus relaciones con la sociedad).
4. **La progresividad:** se trata de una condición fisiológica definida en términos de adaptación de los sistemas de la economía corporal, ante la presencia e interacción constante de un psicotrópico. Se caracteriza por la instauración de mecanismos compensatorios, que permiten el funcionamiento relativamente normal de los órganos y sistemas corporales, aún en presencia de altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias. En esta etapa, aparece la tolerancia; es decir, la persona va a necesitar cada vez mayor cantidad de la droga, para sentir el mismo efecto que cuando inició su uso. Se expresa a nivel clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, que demanda el incremento de las dosis para producir efectos semejantes.
5. **La recaída:** Es cualquier violación discreta de una regla autoimpuesta o de un grupo de reglas, que gobiernan la tasa o patrón de cierto comportamiento. En esta etapa, se presentan situaciones de riesgo, que deben ser consideradas para poder manejarlas: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.
6. **La negación:** a la persona consumidora se le dificulta aceptar la carrera adictiva que ha ido construyendo en el tiempo, así como el deterioro que ésta le produce en las diferentes áreas funcionales de su vida. La persona se comporta como si no se diera cuenta de algo que, razonablemente, debe conocer.
7. **La cronicidad:** se expresa en la permanencia de una determinada condición en la persona, por ejemplo la enfermedad. En materia de adicciones, por razones de

cronicidad, la dependencia es un fenómeno permanente, cuya máxima manifestación es la pérdida de control sobre el consumo habitual de sustancias (dependencia física).

Es importante mencionar, que los autores y las autoras (2003) enfatizan que la cronicidad acompañará a la persona durante toda su vida, igual que lo hacen otras enfermedades crónicas. De allí, que se hace necesario que la persona que presenta problemas por el consumo de SPA y su familia tomen conciencia de este aspecto, ya que así se apoyará el proceso de rehabilitación, la consecución de la abstinencia total y la recuperación integral del grupo familiar. Se destaca que en el proceso de recuperación tanto la persona como su familia deben recibir la información necesaria sobre el fenómeno de la recaída para prevenirla.

Retomando, se definen cuatro factores influyentes¹⁹:

1. **Genéticos:** se aclara que algunas investigaciones recientes sugieren que el factor hereditario está involucrado en el uso y el abuso del alcohol, la cocaína y otras drogas lícitas e ilícitas. Sin embargo, es preciso realizar más estudios para obtener mejor evidencia.
2. **Psicológicos:** se destaca que es riesgoso hablar de una personalidad adictiva, ya que algunos de los rasgos que caracterizan a una persona adicta, como la dependencia, la inseguridad, la ansiedad, la poca tolerancia a la frustración y la inmadurez, entre otros, también los pueden presentar otros grupos que no son consumidores de sustancias psicoactivas. Sin embargo, estos rasgos caracterológicos mencionados se convierten en un terreno propicio para el establecimiento de una carrera adictiva.
3. **Familiares:** se parte de la premisa de que la familia ha sido tradicionalmente la comunidad básica en el contexto social y cultural de la humanidad, insustituible y necesaria, que impone en forma indeleble el molde sociocultural y el nivel de la salud mental en las generaciones sucesivas.

¹⁹Síntesis realizada a partir de Vargas y otros (2003).

4. **Socioculturales:** se destaca la existencia de

4.1 **Factores protectores:** estilos de vida saludables, que evitan el incremento de consumidores potenciales y experimentales.

4.2 **Factores de riesgo:**

- ❖ Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
- ❖ Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos.
- ❖ Historia familiar de alcoholismo.
- ❖ Historia familiar de conducta antisocial
- ❖ Antecedentes de abuso infantil, intrafamiliar o extrafamiliar
- ❖ Familiares con escasas habilidades paternofiliales
- ❖ Dificultades en las relaciones familiares.
- ❖ Uso de psicotrópicos en los hermanos, en la familia o los amigos cercanos.
- ❖ Deficiente o escaso aprovechamiento escolar
- ❖ Enajenación y rebeldía.
- ❖ Psicopatología, especialmente depresión.
- ❖ Alteraciones conductuales como la vagancia, la baja empatía hacia los demás, la poca tolerancia a la frustración, la búsqueda constante de nuevas sensaciones, la insensibilidad al castigo, etc.
- ❖ Desorganización estructural-funcional en la comunidad
- ❖ Conducta antisocial.
- ❖ Baja o nula religiosidad
- ❖ Confusión y pérdida de valores
- ❖ Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas
- ❖ Conductas sexuales precoces
- ❖ Violencia familiar
- ❖ Problemas emocionales y de conducta en los hijos.
- ❖ Escaso rendimiento laboral y frecuentes ausencias por enfermedad.
- ❖ Desempleo.

- ❖ Accidentes de tránsito.
- ❖ Problemas legales, básicamente por alteración del orden público y delitos
- ❖ menores, pero también fraude, delitos sexuales y violentos (incluso asesinato).

Por tanto, se evidencia la importancia de comprender los problemas generados por la dependencia a SPA como una enfermedad crónica cuyo abordaje debe de extenderse no sólo al individuo sino a las personas que están a su alrededor, que de una u otra manera se verán afectadas, tal como se verá a continuación.

Codependencia

La familia se constituye en un factor de protección y de riesgo en relación a la adicción; ya que como un grupo social primario, en él se desarrolla un sistema complejo de interacciones permanentes, a través de las cuales todos se influyen mutuamente (Arboleda y otros, 2010). Por esto, la estabilidad familiar depende del equilibrio que exista en el intercambio emocional.

El consumo de drogas es una expresión de la conducta inadaptada de uno o más miembros de la familia que produce una disfunción en el sistema. El consumo de SPA puede cumplir una función en la familia en la medida en que se convierte en un mecanismo a través del cual puede enfrentar estresores internos o externos, o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema familiar (Bermúdez, 2011).

En esta línea, Arboleda y otros (2010) explican que los problemas generados por el consumo de SPA no sólo afectan a quien consume, sino a todo su entorno social. Simultáneamente el grupo familiar, en el que se desarrolla la persona consumidora, puede representar un factor facilitador o limitante en el proceso de dependencia; es decir, se da una relación bilateral, la familia incide en el inicio y mantenimiento del consumo; a su vez, las personas consumidoras generan “nuevos” problemas que pueden incrementar el consumo.

Ante esta dinámica, la familia de las personas con dependencia a SPA pasan por un proceso similar al de la persona consumidora, en el sentido de que se generan una serie de patrones de conducta desadaptativos para poder resolver las situaciones conflictivas que se presentan en su interacción.

Guevara (2002) explica que:

Cada familia asume roles y dinámicas particulares para mantener su equilibrio y armonía entre sus miembros. Cuando aparece alguna situación estresante estos roles y dinámicas tienden a distorsionarse y es en esta trastocación de roles en que cada uno de los integrantes adoptará un rol que le permita adaptarse a los eventos estresores. Uno de ellos será quien asuma actitudes de codependencia. La codependencia es definida como un comportamiento que presenta cualquier familiar de un adicto que refuerzan la negación del adicto facilitando con ello el consumo de drogas, el boicot al tratamiento o favoreciendo la recaída del mismo (pág. 7).

Siguiendo al autor (2002), el término codependencia se acuña en la década de los setenta, para describir a la persona que mantenía una relación íntima y estrecha con una persona alcohólica, adicta o con otros trastornos psicológicos (depresión, trastornos alimenticios, problemas de conducta, etc.), la cual terminaba no sólo imitando comportamientos de la persona con dependencia a SPA, sino que también, intentaban controlarla y hacían que su mundo girase alrededor de ella.

Para Moral y Sirvent (2007) la codependencia es una forma particular de relación de dependencia que se caracteriza por perturbaciones de índole emocional que experimentan parejas o familiares directos y que generan esquema de relación con patrones que se manifiestan en preocupación obsesiva, mecanismos de autodescuido y autoanulación e involucración continua en relaciones de pareja dañinas y abusivas. La codependencia alude a un tipo de dependencia relacional mediatizada, es decir, secundaria a trastornos por dependencia a SPA. Sin embargo,

La génesis de la codependencia es de carácter multicausal (R. Vacca, 1998), pero necesariamente se tienen que dar un trastorno de tipo adictivo en algunos de los miembros de la familia. Es un requisito indispensable, o condición necesaria que el trastorno ante el cual surge la codependencia sea crónico. En esta cronicidad radica uno de las intersecciones más sólidas de la conducta codependiente, la esperanza de curación asociada a la cronicidad. La codependencia puede llegar a convertirse en una adicción más, hasta el punto de que la mayoría de las características de un codependiente van a coincidir en gran medida con las del adicto (Guevara, 2002, pág. 10).

La persona codependiente se caracteriza por presentar comportamientos contrarios a los que se propone el tratamiento; en otras palabras, facilitan en su familiar la reproducción de la dependencia a las SPA. Esto se manifiesta de dos maneras:

(...) primero niega el problema adictivo, una vez evidenciado lo encubre y protege, luego lo permite y alienta con conductas de complicidad y por último, considera que sólo él o ella puede salvarlo o brindarle la ayuda requerida. En segundo término, el codependiente va a realizar un boicot, explícito o implícito, a los esfuerzos del drogadependiente por salir de su adicción. Esto se da a través de comportamientos como descalificar a los terapeutas o al centro de tratamiento, transmitir negatividad en sus mensajes al adicto, crear necesidades (reales o no) para que el adicto abandone el tratamiento, actuar como si el adicto vaya a recaer, conducta perseguidora, entre otras (Guevara, 2002, pág. 9).

El autor (2002) explica que el rasgo más importante es que la persona codependiente piensa y asegura, que su intención es “ayudar” y solucionar “el problema” de la adicción de su familiar. La persona codependiente se dedica “a cuidar” de quien consume, pues “necesita de muchos cuidados”; resultado de esta interacción, no se permite ni posibilita la recuperación.

Es importante establecer que los comportamientos de las personas codependientes presentan un patrón con uniformidad de respuestas y una variación que depende del vínculo familiar, es decir, serán diferentes los comportamientos de una esposa o un esposo, del padre, la madre, el hermano, la hermana, entre otros.

Género y codependencia

Guevara (2002) destaca que en la literatura sobre adicciones se tipifican a las mujeres como principales codependientes ya que presentan: comportamientos de víctima y mártires de una relación, de persecución y salvación, de omnipotencia y de dependencia.

Blanco y otros (2005) en su ponencia “Codependencia: Delimitación conceptual y análisis de las diferencias intergénero en codependientes y población general” realizan un análisis exhaustivo diagnóstico de 44 casos de codependientes, de los cuales 27 (69.2%) son mujeres y el resto (30.8%) hombres y se proponen analizar las diferencias inter-género en los ítems y factores que definen la codependencia. Si bien el estudio concluye, que no se manifiestan diferencias significativas en función de la variable sexo, también se destacan la abnegación o la entrega como características principales que definen el perfil del codependiente. Desde una perspectiva de género, éstas características son socialmente atribuidas a las mujeres.

En un estudio posterior, Moral y Sirvent (2007b) reflexionan al respecto:

La imagen estereotípica de la mujer en los procesos adictivos se (re)crea y (re)formula con cada mistificación de su esencia y existencia. De este modo, el metadiscurso que se asume como representación social dominante acerca de la acción del género sobre las adicciones y de la influencia de la adicción sobre el propio género y sus regímenes de verdad (en terminología foucaultiana) ha de ser convenientemente matizado. En materia de adicción y género abundan interpretaciones vinculadas a posicionamientos ideológicos de un estilo u otro. En concreto, en las representaciones sociales sobre la mujer codependiente abundan las creencias, sentimientos y disposiciones distorsionados acerca de la abnegación, el sacrificio o la responsabilidad de lo femenino como rol protector. Se imponen discursos, usos y prácticas, ritualizaciones, significados, atribuciones y representaciones sociales atribuidas a intentos de otorgar verosimilitud al binomio adicción-género, convirtiendo este constructo en una sinécdoque y un artefacto en realidad (pág. 8).

En esta línea, la autora y el autor (2007b) explican que el género influye en los procesos adictivos en el sentido de crear y/o agudizar distinta sintomatología, perfiles, atribuciones causales; mediante instituciones depositarias de un poder delegado y sus discursos, prácticas o ejercicios de entrenamiento integrados en nuestra vida cotidiana.

La codependencia se ha relacionado tradicionalmente con la caracterización cultural del rol de madre establecido desde el patriarcado, específicamente, como atributo deseable de feminidad. La equiparación del amar con el sufrir y el sacrificar, tiene una profunda raigambre sociocultural.

Debido a la posible agudización del estado vincular del codependiente asociado a la implicación de visiones estereotípicas sobre la entrega y el dominio de la situación, se han vertido críticas contra el concepto codependencia, entre ellas las relativas a la acción de la presión de las circunstancias que condicionan el estado anímico del codependiente, la consideración del cuidar y proteger como conducta propia de una persona respecto a otra en situación problemática o la de mayor trasfondo sociocultural mediante la que se incide en el rol estereotípico protector de la mujer como cualidad intrínseca modulada por los condicionantes sociales y culturales (Moral & Sirvent, 2007b, pág. 9).

Ante este escenario, proponen que la vinculación entre codependencia y relaciones de género debe ser sometida a una reevaluación acorde con las coordenadas actuales definitorias del rol masculino y femenino.

Según el INAMU (2006) estos roles se derivan de la identidad genérica, la cual se comprende cómo "(...) el conjunto de pensamientos, representaciones y afectos que una persona tiene con relación a sí misma y a las demás personas" (pág. 105), los cuales son

construidos en la vida privada y pública, dando significado a cómo deben ser y que deben hacer tanto hombres como mujeres.

De esta manera, se ha designado para la identidad femenina características como²⁰:

- ❖ **Ser para las demás personas**: las mujeres se sienten, se piensan y se representan en relación con las demás personas para comprender, proteger, y sostener a los y las demás, no en relación a sí mismas. Bajo esta concepción, se fomenta la “generosidad”, la “receptividad” y la incondicionalidad hacia otros y otras; la mujer se anula así misma, sin permitirse la autonomía y la independencia personal.
- ❖ **Dependencia vital**: las mujeres han sido educadas para tener la creencia de que no serán capaces de vivir si los demás no están a su lado; de este modo su existencia está condicionada por los demás. Cuando esta creencia está arraigada y se piensan individualizadas esto puede provocar crisis de identidad, en las cuales se tiende a confundir amor con aprobación y considerar en las relaciones con los demás la única fuente de autoestima.
- ❖ **Entre la omnipotencia y la impotencia**: las mujeres han sido formadas para apoyar, cuidar, proteger y rescatar a los y las demás, por lo tanto su vida está dirigida a resolver las necesidades de otras personas, a mantenerse alertas, ágiles y creativas para solucionar los problemas (omnipotencia). Este aprendizaje se consolida a través de la internalización de una identidad femenina minimizada y desvalorizada de sí misma; que provoca que cuando se trate de necesidades e intereses propios se instaure un “no puedo”, “no soy capaz”.
- ❖ **Entre el miedo y la culpa**: las mujeres son enseñadas a crecer con miedo al mundo público, a su placer y a su libertad. A la vez que se culpabilizan, si no cumplen con el deber ser y empiezan a pensar en sí mismas y para sí mismas. A través de la culpa, desde el patriarcado, se puede neutralizar cualquier intento de cambio.

Y para la identidad masculina, las siguientes características²¹:

²⁰ Síntesis realizada a partir de INAMU (2006, págs. 105-108).

²¹ Síntesis realizada a partir de INAMU (2006, págs. 105-108).

- ❖ **Necesidad demostrativa:** los hombres son educados con la necesidad de demostrar su hombría, por medio principalmente, del rechazo a todo lo relacionado con la identidad femenina.
- ❖ **La realización de hazañas:** los hombres forjan su identidad a través de la realización de hazañas que confirmen su masculinidad.
- ❖ **La dependencia vital:** los hombres dependen de la validación de sus hazañas por parte de otros hombres como una forma para fortalecer su identidad.
- ❖ **El poder:** los hombres han sido formados con la creencia de que son dueños del poder y del conocimiento, los cuales están en los pensamientos, representaciones y afectos.
- ❖ **Complicidad:** los hombres establecen complicidades que superan sus diferencias, esto les permite reconocer el poder del otro y pactar en relación de equivalentes.
- ❖ **Identidad sexual:** los hombres forjan su identidad a partir de la sexualidad que les permite apropiarse de las mujeres por la vía erótica, así como de otras personas ligadas a ellas.

Estas características, que forman parte de las identidades de género, se han construido y reproducido socialmente a través de mitos y estereotipos propios del sistema patriarcal; que en muchas ocasiones han contribuido a la construcción y manutención de relaciones interpersonales desiguales que facilitan la presencia de patrones de codependencia. Esto puede colocar a las mujeres, en condiciones de vulnerabilidad y riesgo a situaciones de violencia, de ahí la importancia de que el análisis y abordaje de la codependencia se transversalice por el enfoque de género.

Política Pública

Para comprender el significado de la política pública es necesario partir de un escenario en el cual el Estado y el gobierno se organizan para implementar acciones y canalizar recursos; dinámica que podría generar conflictos por considerarse una lucha de poder.

Las políticas públicas están asociadas a las acciones que formula y desarrolla un gobierno en un área determinada, a partir de un problema o situación en específico.

Según Brenes (2011) éstas se refieren a “(...) todos aquellos esfuerzos, acciones que están dirigidos a incidir en el problema”. Ante esto hay respuestas particulares dirigidas hacia ámbitos distintos como el social, económico, ambiental, entre otros. Configurándose entonces a partir de los siguientes elementos:

- ❖ Problema: producto de la misma desigualdad social con sus distintas expresiones socio históricas.
- ❖ Respuesta pública a ese problema: configurada como un marco normativo que puede comprender elementos culturales, sociales, entre otros.

Gutiérrez (2006) y Matamoros (2002) agregan que esta búsqueda de objetivos generales facilita dar respuesta al problema, al menos temporalmente. Sin embargo, la institucionalidad puede aportar las bases de permanencia y/o continuidad de las mismas, al presentar el Estado un vínculo directo con ciertos sectores o actores(as) sociales.

Según Rea (2007), el proceso de definición de una política pública debe ejecutarse desde alguna instancia institucional con competencia para ello, con el fin de superar la parcialidad y por el contrario cumplir con un enfoque integral e intersectorial.

También supone que en la elaboración de las políticas públicas, se tome como eje principal el marco constitucional, buscando la compatibilidad entre ambos mediante la participación de la ciudadanía.

Por tanto, la política pública constituye una estrategia gubernamental o estatal, la cual a partir de aspectos contextuales, demandas de la sociedad e intereses de grupos hegemónicos, se desarrolla con el fin de dar solución a problemáticas del espacio público; de manera que se logre mantener el orden social de acuerdo a los intereses hegemónicos.

Esto refleja un proceso político de poca neutralidad respecto a la toma de decisiones en la agenda pública pues intervienen diversidad de intereses antagónicos.

A partir de lo anterior, se puede afirmar que las políticas públicas pueden contribuir a superar las desigualdades e inequidades existentes entre hombres y mujeres, pero para ello es necesario que en su formulación, ejecución y evaluación incorporen la perspectiva de género.

Esto significa expresar y reflejar en las distintas fases el compromiso, la intencionalidad y la voluntad política de cerrar las brechas y mejorar las condiciones de vida de la población, principalmente de aquella que se ve discriminada por razones de su género.

A su vez, significa que los planes, programas y proyectos que las operacionalizan incorporen el análisis de las desigualdades y desarrollen propuestas para su superación, analizando el impacto que éstas tendrán en las condiciones de vida de la población objeto de la política pública.

Se considera que la perspectiva de género debe expresarse en una política de gobierno, que dentro de sus objetivos tenga la intencionalidad de transversalizar este enfoque en las demás políticas, planes, proyectos y servicios que desde el Estado se desarrollen.

En este orden, Arregui (2004) señala que el enfoque de género

“(…) no debe quedar como algo implícito, algo que se debe suponer. El enfoque de género en las políticas públicas supone evaluar las implicaciones y el impacto que tendrán tanto para las mujeres como para los hombres las políticas estatales ya sean de carácter general o sectorial” (pág. 67).

Continúa la autora señalando que, el análisis de género debe cuestionar la forma en la que las políticas van a contribuir a cambiar las desigualdades; estableciendo de forma específica si se tomaron en cuenta las necesidades específicas de ambos géneros, cuál fue la participación y el impacto esperado y obtenido. No tomar en cuenta estos elementos trae como consecuencia que se siga reproduciendo el sistema de desigualdad.

Estas comprensiones, son las que permitieron a las investigadoras cumplir con los objetivos propuestos.

CAPÍTULO III: Marco metodológico

El acercamiento al problema de investigación se llevó a cabo mediante una serie de técnicas que permitieron guiar el camino metodológico más adecuado para su conocimiento. El siguiente apartado da cuenta del proceso que se llevó a cabo para cumplir con los objetivos propuestos.

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo cualitativa, ya que se partió de la información consignada en Las Políticas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar con el fin de desarrollar intelecciones y comprensiones que permitan estudiar desde la perspectiva de género la manera en que se aborda la adicción y la codependencia desde la CCSS específicamente en el Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.

La metodología cualitativa permitió a realizar el análisis desde una perspectiva holística; ya que tomó en cuenta el contexto internacional, nacional y local; así como la revisión de experiencias previas que apoyaron la comprensión del problema de estudio.

En este orden, se pretendió conocer la realidad tal cual es, sin que mediara la manipulación o el control de elementos o variables, pues se buscó un acercamiento al problema que permitiera la identificación de sus principales características, contradicciones y aspectos que lo determinan.

De esta manera, el proceso investigativo fue una constante “ida y venida”, donde la misma realidad fue la que brindó las pautas a seguir para que el estudio se fuera delimitando a partir de los descubrimientos que se alcanzaron a lo largo del proceso.

Esto implicó que el proceso de indagación fuera flexible y dinámico, de forma que se entrelazaron los eventos a analizar y el desarrollo de la teoría. Así, la investigación fue dirigida a reconstruir la realidad desde las bases del proyecto y el marco de Las Políticas, considerándolas conjuntamente como un todo y no de forma fragmentada, ya que hacerlo de esta forma sería pensar que la realidad podría ser comprendida como la suma de partes, deshistorizándola y obviando su dinamismo.

Asimismo, la importancia de que la presente investigación haya sido cualitativa radica en que permitió identificar los vacíos existentes en materia de género en Las Políticas, el diseño y la operacionalización del proyecto Ayuda sin Ayudar; así como brindar una opción viable de protocolo de atención grupal que permita una atención integral con perspectiva de género a las y los familiares de personas consumidoras de SPA.

En este sentido “El alcance final de los estudios cualitativos muchas veces consiste en comprender un fenómeno social complejo. El acento no está en medir las variables involucradas en dicho fenómeno, sino entenderlo” (Hernández, Fernández- Collado y Baptista, 2006, pág. 9). Así, este tipo de metodología nos permitió una aprehensión de la realidad desde los patrones culturales y sociales existentes, de manera que el análisis fuera más allá de lo que se nos presenta de forma inmediata; develando lo que se encuentra oculto en las relaciones sociales diferenciadas según género y los roles existentes en la sociedad que colocan a las mujeres principalmente en patrones relacionales de codependencia frente a la persona consumidora de SPA.

A partir de esto, se siguió una estrategia de investigación exploratoria y descriptiva. La primera debido a que como se evidenció en el apartado de antecedentes de investigación, el tema de estudio ha sido poco explorado a nivel investigativo y no ha sido abordado hasta el momento a nivel institucional.

La segunda, debido a que pretendió recuperar la manera cómo se incorpora el género en la comprensión del tema de estudio, tanto a nivel de Las Políticas como del protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar.

A partir de ello, se recolectaron datos sobre diversas categorías que conformaron el tema a investigar para relacionarlas entre sí, con el fin de mostrar los diferentes ángulos o dimensiones que se conjugan en la dinámica de la adicción y la codependencia.

Bajo este marco, el diseño de investigación planteado fue no experimental, de tipo transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento, con el objetivo de describir las categorías establecidas por las investigadoras y analizar su incidencia e interrelación tal como se ha explicado previamente.

Área de estudio

La presente investigación se desarrolla en el marco institucional del Hospital San Vicente de Paúl que brinda sus servicios a la provincia de Heredia; específicamente desde el proyecto de atención socioterapéutica ejecutado en el Servicio de Trabajo Social.

Este nosocomio es un centro médico tipo periférico, con un 70% de atención de las demandas hospitalarias de la comunidad herediana y un 30% de atención referenciada a hospitales nacionales. Brinda atención a las personas usuarias de la provincia de Heredia, en un nivel de atención secundario, es decir, desarrolla servicios ambulatorios y de hospitalización.

El Servicio de Trabajo Social en este hospital tiene como objetivo:

Desarrollar procesos de intervención asistenciales, socio-terapéuticos y/o educativos en el ámbito individual, familiar y comunal, dirigidos a mejorar las condiciones de vida de las personas usuarias del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl, que presenten indicadores de vulnerabilidad y riesgo social que inciden en su salud y calidad de vida, desde los fundamentos teórico-metodológicos, técnico-operativos y ético-políticos de la profesión (Servicio de Trabajo Social, 2013).

Los procesos de trabajo se encuentran legitimados por su intervención en situaciones sociales que tienen incidencia en la salud de las personas usuarias; posibilitando el alcance de objetivos de la atención social individual, grupal y comunal.

Para ello, Trabajo Social tiene una participación activa en la defensa y promoción de los derechos humanos, cuando sus condiciones de vida median su posibilidad de recuperación y apoyo. En el centro de salud se busca garantizar los derechos de las personas, necesidades y demandas de la población que accesa a los servicios.

Categorías de análisis

Para el acercamiento al problema de investigación, se delimitaron dos categorías de análisis que permitieran una aproximación a la realidad política e institucional para el abordaje de las personas consumidoras de SPA y sus familias. Así, recuperando el planteamiento del problema y los objetivos propuestos, se consideraron fundamentales las siguientes:

- ❖ [Adicción](#)
- ❖ [Codependencia](#)
- ❖ [Política pública](#)

La conceptualización y la forma en que metodológicamente se abordaron estas categorías serán desarrolladas en la sección del cuadro operacional.

Fuentes de información

Para la recolección de información se recurrió tanto a fuentes primarias como secundarias.

Las primeras, según Hernández, Fernández- Collado y Baptista (2006) se refieren a datos de primera mano, documentos que contienen resultados de estudios. Entre estas se pueden mencionar para efectos de la presente investigación: la revisión de Las Políticas y del protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar.

Las secundarias, según los autores (2006) comprenden las listas, compilaciones y resúmenes de fuentes primarias en un área de conocimiento en particular. Para lo que corresponde a este estudio se realizó revisión de bibliografía relacionada al tema de investigación: trabajos finales de graduación, libros y/o compilaciones realizadas al respecto. También se consultó el Informe de Evaluación del proyecto en el que se recopila el perfil de ingreso de las personas participantes, las crónicas de las sesiones y las evaluaciones ejecutadas al finalizar cada experiencia grupal.

Cuadro operacional

El cuadro operacional se configura como un recurso metodológico que permitió identificar y caracterizar la forma en que las categorías y las variables fueron analizadas. Dicho cuadro detalla la definición conceptual y operacional; así como las dimensiones, instrumentos y fuentes de información que permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación.

A continuación se presenta el cuadro operacional que direccionó el proceso investigativo:

1 Cuadro Operacional

Objetivo General: Estudiar desde la perspectiva de género la manera en que se comprende la adicción y la codependencia en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la operacionalización del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.

Objetivos específicos	Categorías y su definición conceptual	Dimensiones y su definición conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
<p>1. Reconstruir desde la perspectiva de género la manera en que se aborda la adicción en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la operacionalización del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.</p>	<p>1.1. Adicción: “(...) enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas (...) El proceso por el cual un individuo desarrolla una adicción es complejo, multicausal y variable para cada droga” (CCSS, 2010, pág. 29).</p>	<p>1.1.1 Etapas del <u>proceso adictivo:</u> se refieren a los estadios que se presentan en el proceso de farmacodependencia y varían de acuerdo a la frecuencia del consumo y a la cantidad de droga que se consume (IAFA, 2014).</p>	<p>1.1.1.1 Dependencia de SPA: patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995, pág. 182).</p> <p>1.1.1.2 Abuso de SPA: patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).</p> <p>1.1.1.3 Intoxicación de SPA: aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su</p>	<p>Análisis de contenido documental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo y crónicas del Proyecto Ayuda sin Ayudar. - Políticas sociales nacionales.

reciente ingestión; en el cual se desarrollan cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

1.1.1.4 Abstinencia de SPA: presencia de un cambiodesadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido alcese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

1.1.2 Factores de riesgo:

Cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de propiciar las adicciones (Avila, 2003, pág. 75).

1.1.2.1 Tensiones familiares:

una tensión es una fuerza que tiende a distorsionar y son específicas de cada familia; dependen de los valores y expectativas de las personas que la integran y de la naturaleza de las relaciones entre ellas. Las tensiones crean menos problemas si son manifiesta, pueden surgir

desde lo interno de la estructura familiar o provenir del exterior. La identificación y definición de la tensión son indispensables para resolver una crisis familiar (Pittman, 1987).

1.1.2.2 Obstáculos a los valores: los valores son pautas de la familia y expresiones de uno o más miembros; son importantes para la formación de la identidad familiar. Las inflexibilidades en cuanto a los valores son aprendidas de la familia de origen y en general no consideran el cambio social, como consecuencia hay un aferramiento no razonado a los valores o si son productos del razonamiento puede ser sostenidos con mayor firmeza (Pittman, 1987).

1.1.2.3 Normas de convivencia o límites difusos: Las normas familiares determinan quien no puede hacer qué. Hay

una tendencia a la crisis cuando las normas prohíben que la familia funcione o forme parte del mundo, cuando interfieren con la “normal” socialización o cuando impiden tomar conciencia de los problemas que requieren cambio y discusión (Pittman, 1987). Las normas son difusas cuando no hay claridad de quien puede hacer qué y cuando lo puede hacer.

1.1.3 Factores

protectores: son aquellas circunstancias personales o ambientales que permitan disminuir, controlar o eliminar las posibilidades de iniciarse o mantenerse en el consumo de las drogas (Avila, 2003, pág. 75).

1.1.3.1 Equilibrio familiar:

tendencia del sistema familiar a resistirse al cambio, permaneciendo en estado de equilibrio por mecanismos de defensa y por una conciencia de supervivencia (García, 1984, pág. 216).

1.2. Política pública:

se constituyen en “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno,

1.2.1 Intersectorialidad:

La acción intersectorial por la salud se refiere, entonces, a las relaciones que se crean entre los sectores de la sociedad con el fin de tomar

1.2.1.1. Plan de salud:

Plan nacional de salud comprende diagnóstico, objetivos e indicadores asociados con igualdad de género, y es elaborado con participación

actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Pallares, 1988, pág. 142).

acciones para el mejoramiento de los resultados de salud, de manera que tales acciones tengan mayor potencial que si el sector salud actuara solo (OPS, 2012, pág. 35).

de otros sectores y de la sociedad civil, incluyendo representantes del movimiento de mujeres (OPS, 2012, pág. 41).

1.2.2. Acceso al sistema de atención en salud: El logro de equidad en el acceso a servicios exige, por un lado, la disponibilidad de la oferta necesaria y oportuna para proveer servicios y, por el otro, la identificación y eliminación de barreras económicas, culturales, legales e institucionales que impiden que ciertas categorías o grupos socioeconómicos puedan utilizar los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (OPS, 2012, pág. 43).

1.2.2.1. Información estadística:

Las estadísticas se refieren no solo a los hogares, sino también a las personas, y reflejan los problemas y cuestiones relativos a las mujeres y los hombres (Naciones Unidas, Beijing 1995) (OPS, 2012, pág. 41).

1.2.2.2. Barreras normativas: Este tipo de barreras se desprende de legislaciones, marcos normativos institucionales y prácticas culturales institucionalizadas que suelen ser restrictivos en materia del ejercicio de derechos (OPS, 2012, pág. 44).

2. Identificar desde la perspectiva de género la manera en que se aborda la codependencia en las políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la operacionalización del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.

2.1 Codependencia: estilo interpersonal de relacionarse con la persona adicta, cuyo eje es la necesidad de control y satisfacción de las necesidades de los otros a expensas de las necesidades propias (Martínez y Picado, 2002).

2.1.1 Identidad de género: percepción que tiene cada sujeto(a) de sí mismo(a), de su corporalidad, de sus acciones, sentido del Yo, sentido de pertenencia, de semejanza, de diferencia, de unicidad, estado de la existencia en el mundo, según el género al que pertenece (masculino o femenino) (Lagarde, 1996).

2.1.1.1 Masculinidad: Contiene la subjetividad de un ser poderoso, limitado sólo a no ser lo que es la mujer con un amplio espectro de haceres, dueño de sus creaciones y, desde la filosofía y la ética patriarcales, libre. El hombre genérico sintetiza un conjunto de atributos: ser paradigma de lo humano y representación universal simbólica de mujeres y hombres, ser dueño del mundo, de los bienes reales y simbólicos, de las mujeres y su prole (Lagarde, 1996, pág. 34).

2.1.1.2 Femenidad: La auto identidad femenina tiene una marca común construida en el cuerpo que sintetiza que los haceres, el sentido y el fin de la existencia no se encuentran contenidos en cada mujer sino en el ser para los otros (Lagarde, 1996, pág. 33).

2.1.2 Rol de género: 2.1.2.1 Normas de

Análisis de contenido documental

- Protocolo y crónicas del Proyecto Ayuda sin Ayudar.
- Políticas sociales nacionales.

Son producto de las conformaciones sociales de género, y están conformadas por cargas y tensiones de poderes que aseguran y obligan a los sujetos sociales el cumplir sus deberes como mujeres y como hombres. De esta manera, los hombres y las mujeres deben cumplir funciones y ocupar posiciones específicas según su condición de género; (Lagarde, 1996).

convivencia o límites difusos: Las normas familiares determinan quien no puede hacer qué. Hay una tendencia a la crisis cuando las normas prohíben que la familia funcione o forme parte del mundo, cuando interfieren con la “normal” socialización o cuando impiden tomar conciencia de los problemas que requieren cambio y discusión (Pittman, 1987).

2.1.2.2 Comunicación:

relación de interlocución entre sujetos, que influye en ambas partes, los compromete en relación a su entorno. En esta relación no hay un sujeto pasivo, siempre media una relación activa, donde se hablan y escuchan mutuamente, incluso a través del silencio (Alfaro, 1993).

2.2 Política pública: se constituyen en “el conjunto de

2.2.1 Acceso al sistema de atención en salud: El logro de equidad en el acceso a servicios exige,

2.2.1.1 Barreras socioculturales: Estas barreras se refieren a las limitaciones que imponen

actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Pallares, 1988, pág. 142).

por un lado, la disponibilidad de la oferta necesaria y oportuna para proveer servicios y, por el otro, la identificación y eliminación de barreras económicas, culturales, legales e institucionales que impiden que ciertas categorías o grupos socioeconómicos puedan utilizar los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (OPS, 2012, pág. 43).

las familias y la sociedad frente a la búsqueda y utilización de servicios de salud (OPS, 2012, pág. 44).

2.2.2 Calidad: desde una perspectiva integral es la respuesta apropiada y eficaz de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población (OPS, 2012).

4.2.2.1 Metodología para mejorar la calidad de atención: es cuando se incorporan el diseño e implementación de los servicios de salud, la consideración de las diferencias entre mujeres y hombres en términos de vulnerabilidades, riesgos y necesidades de salud (OPS, 2012, pág. 61).

4.2.2.2 Consulta a personas usuarias: monitorean regularmente desde el punto de vista de las percepciones de las y los

usuarios, asegurándose específicamente de obtener la perspectiva de las mujeres (OPS, 2012, pág. 62).

4.2.2.3 Normas y protocolos de atención: deben considerar las necesidades particulares de las mujeres y los hombres para definir conductas y condiciones en los temas prioritarios de salud pública (OPS, 2012, pág. 63)

Selección de técnicas para la investigación

Para la obtención de la información que se requirió para el alcance de los objetivos y consecución de la respuesta al problema de investigación, se consideraron fundamentalmente dos técnicas: el análisis de contenido y la triangulación de la información. Cada una de ellas es explicada a continuación, rescatando su importancia en el estudio.

a) Análisis de contenido documental

Seguendo a Tena y Rivas (2007) el análisis de contenido documental es "(...) una técnica de investigación de la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, que tiene por objeto interpretar" (pág. 49-50). En términos operativos, esto consiste en realizar resúmenes de las fuentes de información seleccionadas, puntualizando en los siguientes aspectos:

- ❖ Finalidad del documento y objetivos que pretende alcanzar.
- ❖ Tema central: se intentó abstraer la idea general del tema y un breve resumen del trabajo.
- ❖ Criterios para la selección de los artículos: se buscó la relevancia del estudio y se trató de establecer la relación que pudiera tener con el tema.
- ❖ Nuevas aportaciones: se analizó de forma breve en qué consistieron los aportes, o si no hubo una contribución original en el estudio.
- ❖ Identificar semejanzas, diferencias y sus implicaciones.
- ❖ Realizar análisis desde la perspectiva de género

Retomando, esta técnica permitió contrastar desde la perspectiva de género lo que se establece formalmente en Las Políticas respecto a la atención integral de la población consumidora de SPA y sus familias; con lo planteado desde el proyecto Ayuda sin Ayudar tanto en su planificación como en su operacionalización.

El eje de análisis se centró en reconstruir desde ésta perspectiva la manera en que se aborda la adicción y la codependencia en ambos referentes; y a partir de ello plantear una opción viable que integre el enfoque de género y así se contribuya a brindar una atención integral a la población consumidora de SPA y sus familias.

Es importante mencionar que el análisis de contenido parte de un conjunto de estrategias parciales pero complementarias, que permiten explicitar y sistematizar el contenido y expresión de los mensajes, todo esto con el objetivo de realizar deducciones lógicas y justificadas concernientes a la fuente del mensaje tomado en consideración.

Debido a que se trató de una investigación cualitativa, este proceso de recolección y análisis de datos exigió en el camino mayor acercamiento a otros temas, categorías o tipo de información no considerados en la etapa de diseño.

b) Triangulación

Según Pérez (1994) se entiende que la triangulación de la información implica contraponer los datos obtenidos de las diferentes fuentes informativas que se tienen, esto con el fin de complementar y enriquecer las reflexiones y los hallazgos conseguidos.

De esta forma, la triangulación permitió la confrontación de información, reflexiones y hallazgos obtenidos mediante la contrastación de los establecido en Las Políticas y el Proyecto Ayuda sin Ayudar; para la posterior identificación de elementos de la perspectiva de género que permitieran la derivación de recomendaciones para la construcción de un protocolo de atención grupal, así como las conclusiones de la presente investigación

Procedimientos de análisis de información

La recolección de la información se ejecutó a través de las técnicas expuestas previamente y los datos obtenidos fueron analizados a la luz de la perspectiva de género. El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante un proceso de codificación abierta o inductiva.

Este proceso permitió la utilización de distintas estrategias conjuntas para el establecimiento de códigos en función de lo que se iba identificando relevante en los datos encontrados durante el proceso investigativo. Así, fueron utilizados códigos “*in vivo*” o surgidos de lo ya planteado en las fuentes de información, contruidos a partir de lo planteado en el marco teórico- conceptual y en conceptos dados en estudios previos (Ruiz Olabuénaga, 1996).

Este tipo de codificación fue elegida debido a que facilitó vincular los datos encontrados en la investigación con conceptos y categorías en función de algún aspecto común, cumpliendo con el dinamismo propio del enfoque cualitativo. Además al formar parte de un procedimiento heurístico, se lograron reorganizar los datos en categorías que permitieran compararse tanto con el contenido dado en sí mismas como entre ellas, relacionándose para integrarse en

conceptos más generales que permitieran dar una explicación más amplia del tema que se estudió (Maxwell, 1996).

De esta manera las categorías usadas en la codificación cualitativa, al ser analíticas o conceptuales y no clasificatorias, pudieron ser constantemente reelaboradas durante el proceso de acercamiento y análisis del tema en estudio, partiendo de lo establecido en el cuadro operacional como una guía durante la investigación.

Para la interpretación de los datos se contextualizaron con Las Políticas y el protocolo Ayuda sin Ayudar a la luz del enfoque de género, logrando así el producto reflexivo permitió dar respuesta al problema de investigación.

Resultados esperados y limitaciones en el proceso de investigación

Como resultado del proceso de investigación se propuso el cumplimiento de los objetivos planteados y así dar respuesta al problema de estudio.

De esta manera se realizó un análisis desde la perspectiva de género donde se contrastó la comprensión del fenómeno de la adicción y la codependencia desde lo establecido formalmente en Las Políticas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.

A partir de este análisis se planteó una serie de recomendaciones para la confección de un protocolo de intervención grupal que permita una atención integral a las y los familiares de personas consumidoras de SPA, que integren desde la perspectiva de género lo establecido en Las Políticas y el protocolo del proyecto Ayuda sin Ayudar desarrollado en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2013-2014.

Entre las limitaciones del proceso se encontró la restricción por parte del Comité Local de Bioética del Centro de Salud, para la realización de entrevistas a personas usuarias participantes de experiencias grupales del Proyecto Ayuda sin Ayudar y la revisión de expedientes de salud, lo cual se configuraba como un insumo para profundizar los conocimientos sobre los elementos que se desarrollan en el proyecto y la expresión de la mediación del género en familiares de personas consumidoras de SPA.

Dicha situación obligó a las investigadoras a reformular los objetivos del estudio y otorgarle un carácter teórico al proceso; utilizando técnicas de revisión bibliográfica, análisis de contenido y triangulación. Es importante mencionar que dicha limitación fue solventada de

alguna manera a partir de la experiencia de trabajo en la conducción de los grupos por parte de una de las investigadoras; y con esto la posibilidad de acceder a crónicas, plan de trabajo, presentaciones utilizadas en las sesiones grupales e informes.

CAPITULO IV: Presentación y análisis de los resultados

La presentación y análisis de resultados se realizará a la luz de los objetivos de investigación y del cuadro operacional con base en las categorías previamente definidas: adicción, codependencia y política pública, las cuales se analizaron a la luz de la perspectiva de género. Los hallazgos se presentan a continuación.

Adicción

La adicción es comprendida como una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de SPA a pesar de presentar alteraciones negativas en la persona; es un proceso complejo y multicausal que desarrolla la persona, pero afecta a todo su entorno.

Dada su complejidad, se analizará a partir de las dimensiones: etapas del proceso adictivo, factores de riesgo y factores protectores.

Etapas del proceso adictivo: abuso, dependencia, intoxicación y abstinencia

Las etapas de consumo se utilizan para describir los estadios de uso de SPA, los cuales dependen de la frecuencia y la cantidad de droga ingerida. A su vez sirven para realizar el diagnóstico de la persona consumidora y determinar su tratamiento.

Según Las Políticas existe una parte significativa de la población en condiciones de dependencia y consumo perjudicial de SPA, las cuales requieren acciones concretas para su atención y rehabilitación.

Para el alcance de este tipo de acciones, se torna fundamental la comprensión del fenómeno de la adicción que permita establecer con claridad el sistema de tratamiento que se requiere de acuerdo a las necesidades particulares de cada persona consumidora. De esta manera, es importante conocer las etapas que presentan el proceso adictivo y sus implicaciones a nivel individual, familiar y social.

Desde Las Políticas **el abuso** de SPA es considerado sinónimo de **consumo perjudicial**, el cual es definido haciendo alusión al CIE-10 como "(...) una forma de consumo que está afectando de forma negativa a la salud física o mental" (2012, pág.22).

La comprensión de esta etapa está sustentada en el DSM-IV y requiere que su diagnóstico sea realizado por un especialista, el cual debe detectar la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas en el transcurso de los doce meses anteriores al momento de valoración: uso recurrente de SPA que impide a la persona cumplir con sus obligaciones,

que coloque en riesgo su integridad física, que se presenten problemas legales asociados al consumo y que se mantenga el uso continuado de SPA a pesar de la presencia de problemas sociales o interpersonales recurrentes atribuibles al consumo. Este diagnóstico de abuso aplica siempre y cuando la persona no sea dependiente a la SPA, ya que la dependencia prevalece como etapa.

Ante el abuso se destaca la necesidad de intervenciones dirigidas a tratar los problemas de salud y sociales consecuencia del mismo. Por tanto requiere de un abordaje multisectorial y multidisciplinario, con el fin de reducir los efectos adversos.

Esta etapa en el proyecto Ayuda sin Ayudar no es contemplada dentro de sus contenidos, ya que el mismo está dirigido a familiares de personas dependientes de SPA y se trata únicamente esta fase en función de los efectos e implicaciones en la dinámica familiar.

Respecto a **la dependencia** es explicada por Las Políticas como:

(...) un deseo compulsivo de obtener y usar estas sustancias, a pesar de las graves consecuencias personales y sociales que acarrea. La dependencia se genera como el resultado de profundos cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro, que interactúan con variables genéticas, psicológicas, familiares y socio-ambientales, con lo que se constituye en una enfermedad crónica y compleja, pero tratable (2012, pág. 22).

En Las Políticas, también se recupera la definición planteada por la OMS (1998) la cual considera esta etapa como una enfermedad crónica en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto en su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución; además es caracterizada por recaídas frecuentes.

Desde el proyecto Ayuda sin Ayudar, la dependencia se trata como sinónimo de adicción, donde confluyen tres factores: un huésped (la persona), un agente (la SPA) y el medio a través del cual se accede a la droga. Desde el proyecto se reconoce que la SPA actúa sobre los circuitos de recompensa del cerebro y “los secuestran”, momento en el que el cerebro comienza a asignarle más valor a la droga que a otras situaciones o cosas que también generan recompensa (música, comida, romance, entre otros).

Estos cambios producidos en el cerebro son irreversibles, de allí que los tratamientos sean para toda la vida y se traten como una enfermedad crónica. De este modo, la persona consumidora de SPA pierde la capacidad de tomar decisiones y renuncia a todas las actividades que le dan placer, ya que no generan el mismo efecto –inmediato – que la droga.

A partir de lo anterior se denota que tanto en Las Políticas como en el proyecto, se reconoce que en la etapa de dependencia a las SPA se producen cambios en la persona consumidora a nivel fisiológico, que ocasiona un deseo compulsivo de consumo y se limita su capacidad de abstenerse. De allí que, ambos concuerdan en que la dependencia debe ser tratada como una enfermedad crónica, dado que su progresión es lenta y a pesar de ser tratable, no es curable, y pueden presentarse recaídas.

Por su parte la **intoxicación** no es definida en Las Políticas como una etapa del proceso adictivo, sino que en éstas se hace referencia a su opuesto: la **desintoxicación**. Esta constituye una fase del tratamiento dirigida a personas que sufren síntomas de privación tras un abuso de SPA prolongado, la cual tiene como objetivo:

(...) tratar sin riesgos, las complicaciones médicas, lograr la abstinencia y motivar al paciente para el cambio de comportamiento, que posteriormente favorezcan los esfuerzos de rehabilitación. Se busca aliviar y estabilizar los síntomas agudos que estaban fuera de control y que impiden al paciente pasar directamente a la etapa de rehabilitación y continuar el tratamiento con objeto de prolongar la abstinencia y fomentar la rehabilitación. Hay éxito en esta etapa si después de haber sido dado de alta (a las dos semanas), el paciente: 1. Presenta una reducción considerable de la inestabilidad fisiológica y emocional (por lo menos para ser sometido a un régimen de rehabilitación ambulatoria); 2. Se han resuelto positivamente las complicaciones orgánicas o psiquiátricas, en el caso de que éstas hubieran aparecido en el curso de esta etapa de tratamiento 3. Se ha integrado y participa en un programa de rehabilitación adecuado (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012, pág. 42).

Para el alcance de este objetivo, en Las Políticas se señala que la desintoxicación requiere de un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar a la persona consumidora a alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional.

Es importante señalar que los hospitales de la CCSS, se configuran como los principales centros de desintoxicación; ya que brindan la posibilidad de internamiento para que las personas consumidoras de SPA reciban el tratamiento.

Al igual que con la etapa de abuso, la intoxicación no es desarrollada como parte de los procesos educativos del proyecto Ayuda sin Ayudar; a pesar de que en sus objetivos se señala la importancia de desarrollar procesos de aprendizaje sobre la adicción.

Finalmente se identifica que la etapa de **abstinencia**, no es desarrollada en Las Políticas en su sentido estricto, sino que es asociada a la fase de desintoxicación, que busca el manejo del síndrome de abstinencia; sin embargo este síndrome no es detallado en Las Políticas.

De igual forma en el proyecto Ayuda sin Ayudar esta etapa no es contemplada en sus contenidos, parece ser que su abordaje se limita al discurso “de facilitar la abstinencia del familiar consumidor(a)”, infiriéndose que la abstinencia es sinónimo de no consumo.

Se considera importante diferenciar la abstinencia como etapa y el síndrome de abstinencia, el cual puede presentarse como una de las manifestaciones iniciales de ésta, pero no es exclusiva.

El síndrome de abstinencia hace referencia a un malestar fisiológico y cognoscitivo que provoca un deterioro en la actividad social de la persona consumidora, resultado del cese o reducción del uso de SPA (Asociación Estadounidense de Siquiatría, 1995).

Es necesario mencionar que los síntomas que se presentan en este síndrome dependen del tipo de SPA, la etapa de consumo y la personalidad de quien consume; además sus efectos son temporales (generalmente permanecen en un periodo corto).

Por su parte la abstinencia es lo opuesto al uso y a la sustitución de SPA. Cuando ésta se logra se facilita el manejo de los deseos de consumo y el pensamiento obsesivo, lo que produce una mayor habilidad para manejar las situaciones de riesgo.

A diferencia del síndrome, la etapa de la abstinencia tiene una durabilidad mayor, sin embargo no debe confundirse con una recuperación total de la persona consumidora hasta que sea acompañada por cambios en el estilo de vida (Fundación Manantiales, 2011).

Estos cambios en el estilo de vida se consideran medulares en el tratamiento de la persona consumidora, y por tanto reflejan un vacío a nivel de Las Políticas y el proyecto Ayuda sin Ayudar; ya que ambos enfatizan en el cese del consumo y el manejo de los síntomas producto de la abstinencia, pero no brindan herramientas ni a los(as) profesionales que intervienen ni a los(as) familiares para la recuperación.

La comprensión y análisis de las etapas de consumo evidencian que el abordaje de la adicción constituye un proceso a largo plazo que requiere de múltiples intervenciones durante cada uno de los estadios y que involucre a las personas consumidoras y a sus familiares para así evitar los riesgos relacionados.

De esta manera el proceso de atención debe incluir la intervención médica, social, psicológica, farmacéutica, entre otras, que facilite la rehabilitación de la persona y su desarrollo integral.

Desde Las Políticas (2012) se establece que “(...) el tratamiento es un continuum en el cual abarca desde intervenciones de mínima complejidad hasta aquellas que requieren de una especialización mayor de recursos humanos y tecnológicos” (pág. 22).

A partir de lo anterior, en la CCSS es necesario que el sistema de atención posibilite no sólo la desintoxicación de la persona consumidora de SPA sino su rehabilitación, seguimiento, mantenimiento, reinserción integral y reducción del daño. Esto permitirá reducir las consecuencias sanitarias y sociales causadas o relacionadas por el consumo de éstas.

Además, se observa que existe un vacío tanto a nivel de Las Políticas como del Proyecto Ayuda sin Ayudar en relación al abordaje de género; ya que en ninguno de ellos se evidencia un análisis diferenciado que tome en cuenta las particularidades por género en cuanto a la vivencia y las consecuencias en cada una de las etapas de consumo. Esto tiene un impacto negativo para la equidad de género y la atención integral de la población que se promueve desde la institución.

En este sentido, se considera que el análisis y los lineamientos de intervención relacionados con las etapas de consumo, deben tomar en cuenta las diferencias por género, de manera que se analice: el significado social del consumo de SPA, los mandatos que intervienen para que este ocurra, las sanciones morales y sociales a las personas consumidoras, las consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales tanto para las personas como para sus familiares.

Factores de riesgo

Como se mencionó en los apartados de antecedentes y teórico conceptuales, la CCSS utiliza un enfoque de riesgo para la valoración y diagnóstico en salud. Sin embargo, este enfoque no está incluido ni detallado en Las Políticas ni en el proyecto Ayuda sin Ayudar.

Según lo descrito se puede inferir que los factores de riesgo que interactúan en la dinámica de la adicción son de diversa índole: genéticos, psicológicos, familiares y socio-ambientales. No obstante, en el lineamiento institucional no son especificados, lo que se destaca al

respecto es que las poblaciones excluidas y en pobreza son los grupos de mayor riesgo de consumo.

Considerando los factores de riesgo como:

(...) aquellas características o circunstancias que se asocian a la probabilidad de padecer o desarrollar dependencia (...) que pueden ser modificados por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad y otro daño específico a la salud (...) (OPS, 1999, pág. 203)

Se puede inferir del análisis del protocolo y de las sesiones grupales del proyecto Ayuda sin Ayudar, que los factores de riesgo se abordan en función de la condición de dependencia a SPA; y no previo a esta etapa. Es decir, no se trabaja la prevención de factores de riesgo que llevan a las personas a consumir; sino aquellos que promueven, facilitan o perpetúan la adicción.

En este orden, el proyecto no interviene en todos los tipos de factores de riesgo mencionados; sino que su énfasis está en los de índole familiar que facilitan la adicción, tales como: antecedentes o presencia de consumo de SPA en otros/as familiares, de abuso infantil, de violencia intrafamiliar o extrafamiliar, escasas habilidades paterno filiales, dificultades en las relaciones familiares, en el establecimiento de límites y en los patrones de comunicación; así como la confusión y pérdida de valores, entre otros.

El énfasis en este tipo de factores se relaciona con la concepción de que la dependencia a SPA inevitablemente genera **tensiones familiares** que distorsionan la dinámica y estructura familiar facilitando el consumo:

Las familias que son impactadas por el proceso adictivo usualmente cambian su dinámica y los miembros se ubican en ciertos roles que son definidos por la codependencia y cuyo resultado es el sostener el proceso adicto. El objetivo de estos roles es proveer a la familia de un mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad, el temor y dar la sensación de “estar haciendo algo” para resolver el problema (Vásquez, 2014a, sin pág.).

Subyace una concepción sistémica de la familia, en la que todos/as los/as integrantes están relacionados/as y un cambio en uno/a de ellos/as genera cambios en los/as demás que se dirigen a la búsqueda de un equilibrio.

En este sentido, desde el proyecto se trabaja el llamado “Triángulo Dramático” de Stephen Karpman²² en donde los/as miembros de la familia asumen diferentes roles, que forman parte de la dinámica básica del proceso adictivo. Estos roles no son fijos sino intercambiables, haciendo que siempre haya alguien ocupando las diferentes posiciones para poder cerrar el triángulo. Este triángulo se configura como un factor de riesgo al generar tensiones familiares que sostienen el consumo de SPA. La siguiente imagen permite ilustrar lo anterior:



Fuente: elaboración propia con base en: Edwards (2011)

Según Edwards (2011) el rol de víctima se caracteriza por culpabilizar a las demás personas por la adicción y las situaciones que se generan alrededor de ésta; lo que la hace incapaz de admitir responsabilidad sobre sus actos. Generalmente este rol es asumido por la persona consumidora de SPA o el/la familiar codependiente.

El rol de perseguidor/a se define por la necesidad imperiosa de controlar las acciones de la persona consumidora, las cuales se perciben como inadecuadas e intolerables. Por tanto las

²² Stephen Karpman es Doctor en la Enseñanza y Supervisión en Análisis Transaccional, miembro de la Asociación Internacional de Análisis Transaccional y creador del Triángulo Dramático, entre otras obras relacionadas con la adicción.

acciones que se desarrollan en este rol son dirigidas a disciplinar a los/as demás, siendo la agresión y la fuerza los mecanismos de comunicación más utilizados.

Finalmente en el rol de rescatador/a la persona hace cosas por los/as demás que son perfectamente capaces de hacer por sí mismas, y que probablemente deberían estar haciendo. Asume las responsabilidades, pensamientos, sentimientos, decisiones y conductas; no solo de la persona consumidora de SPA sino de otros/as integrantes de la familia.

A partir de lo anterior y el análisis de las crónicas de sesiones grupales del proyecto Ayuda sin Ayudar, se puede inferir que la dinámica generada en este “Triángulo” evidencia una respuesta de la familia ante **cambios que atentan contra los valores** que han conformado la identidad familiar.

La persona consumidora de SPA en su rol de víctima, transgrede los “valores familiares” y las/os demás miembros buscan mantener estas pautas mediante acciones de disciplinamiento o rescate. Estos obstáculos a los valores son considerados un factor de riesgo porque en lugar de propiciar la rehabilitación de la persona consumidora de SPA, promueven el mantenimiento de la adicción.

En esta lógica, hay distorsiones en las **normas de convivencia** por lo que los límites en las relaciones intrafamiliares son difusos, ya que no se establecen de forma razonada y consciente, sino que se instauran de manera automática como respuesta a las situaciones que se presentan.

En el caso de la dinámica de la adicción, muchas de las normas de convivencia o límites intrafamiliares se establecen en función de los roles asumidos según el Triángulo Dramático; lo que genera tensiones familiares que propician la continuidad del consumo de SPA.

En las crónicas de las sesiones grupales del Proyecto Ayuda sin Ayudar, se enfatiza a los/as familiares que, los factores de riesgo (tensiones familiares, cambios que atentan contra los valores, normas de convivencia) no son causa directa de la conducta adictiva, sino que apoyan la probabilidad de que ésta ocurra o se mantenga.

Por otra parte, se identifica que la perspectiva de género es un vacío en el abordaje de los factores de riesgo, esto a nivel de Las Políticas y del protocolo del Proyecto Ayuda sin Ayudar.

Se considera que ésta perspectiva podría apoyar la comprensión de los factores de riesgo y sería especialmente útil abordar el Triángulo Dramático y enriquecer la intervención que se realiza con los y las familiares; ya que permitiría analizar los límites de las acciones, comportamientos, actitudes, maneras de pensar, expresarse y en las relaciones que establecen las personas en una sociedad dividida por el género, que asigna deberes y prohibiciones tanto a hombres como mujeres de manera diferenciada; y censura a quienes no se adaptan. Lo cual lleva a tener repercusiones en el ámbito familiar.

Factores protectores

Los factores protectores a diferencia de los factores de riesgo, favorecen el desarrollo integral de las personas y en muchas ocasiones, pueden ayudarlas a transitar por circunstancias desfavorables; en el caso del consumo de SPA contribuyen a disminuir, controlar o eliminar las posibilidades de padecer o desarrollar dependencia.

Aunque de forma literal ni Las Políticas ni el protocolo del Proyecto Ayuda sin Ayudar detallan el concepto de factores protectores, se infiere que **el equilibrio familiar** es considerado en estos, como un elemento crucial ya que puede constituirse en un factor protector que brinde contención y apoyo a la persona consumidora en su proceso de rehabilitación.

El equilibrio familiar está dado por la capacidad de la familia de enfrentar los cambios y garantizar su supervivencia. En esta dinámica la participación activa de los y las familiares, su orientación y educación en las etapas de consumo son elementos fundamentales del proceso de intervención.

En Las Políticas se propone de forma reiterativa la importancia de incluir a la familia dentro del proceso de atención. Para lo cual la CCSS y el IAFA han suscrito

(...) un convenio de cooperación con el objetivo de establecer proyectos y acciones conjuntas para la atención integral de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población, su familia y la comunidad, mediante la prevención, la atención temprana y oportuna, el tratamiento y la rehabilitación (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012, pág. 36).

En este sentido, se propone seguir el modelo de atención que viene aplicando el IAFA, el cual parte de tres componentes²³:

1. Primer Componente - Consulta de Orientación:

- ❖ Orientada a familiares o miembros de los grupos de contención de los consumidores de sustancias psicotrópicas, que demandan conocimiento sobre el cómo manejar ese tipo de problemática, en aras de facilitar el proceso de atención y recuperación de las personas que están directamente involucradas en el consumo.
- ❖ Intervención Temprana: Abordaje terapéutico de baja intensidad, para atender oportunamente a consumidores de sustancias psicoactivas en situación de riesgo para desarrollar un trastorno por dependencia o consumo perjudicial.

2. Segundo Componente - Tratamiento Ambulatorio

- ❖ Desintoxicación Ambulatoria: Servicio de atención para personas con cuadros agudos y dirigido a personas que presentan cuadros leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, cuya intensidad no implica riesgo o tiene un mínimo riesgo de complicaciones, bajo supervisión médica, en un esquema de consultas periódicas.
- ❖ Consulta Externa: Consulta de Seguimiento, tratamiento que incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, dirigido a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en un encuadre de baja intensidad.

3. Tercer Componente - Tratamiento Residencial

- ❖ Internamiento (Residencial): Tratamiento (24 horas) que incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, dirigido a personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, en un encuadre de alta intensidad, bajo internamiento.

²³ Tomado textualmente de Decreto Ejecutivo N°31-110 S (2012, pág. 36.).

A partir de lo anterior, es posible observar que en los tres componentes se incluye el abordaje familiar como parte de la atención que se brinda a la población consumidora de SPA. En el primero, se privilegian las acciones dirigidas a la orientación y educación con la finalidad de que los y las familiares tengan conocimiento del proceso de adicción y la manera en que deben manejar las situaciones relacionadas en aras de facilitar recuperación de las personas consumidoras.

En el segundo y tercer componente, se destaca el abordaje familiar como parte de las acciones para enfrentar, específicamente, las etapas de dependencia e intoxicación de las personas consumidoras de SPA en diferentes ámbitos (ambulatorio y residencial).

Por su parte, en las presentaciones del Proyecto Ayuda sin Ayudar se identifica el abordaje de los siguientes factores protectores:

- ❖ *Límites interpersonales*: se establecen como la distancia emocional interpersonal y el respeto del espacio personal del otro u otra y la defensa de lo propio. En este orden, se enfatiza en que un adecuado establecimiento de límites permitirá a la persona – consumidora y/o su familiar – establecer relaciones satisfactorias y libres de conflictos (Vásquez, 2014b).
- ❖ *Asertividad*: se presenta como una forma de comunicación basada en el respeto por sí mismo/a y por los demás, donde se logran expresar los pensamientos y emociones, así como la defensa de los propios derechos sin invadir los ajenos (Vásquez, 2014b). El uso de la asertividad se reconoce como un elemento que favorecerá el equilibrio familiar.
- ❖ *Resolución alternativa de conflictos*: se brinda educación a los y las familiares sobre técnicas que permitan analizar y evaluar las posibles alternativas de solución ante un conflicto; de modo que se evite la ansiedad y el estrés innecesario; principalmente en aquellos conflictos relacionados con el consumo de SPA (Vasquez, 2014c).
- ❖ *Apego seguro*: se trabaja el apego seguro con los y las familiares reconociendo que se trata de un lazo afectivo que se forma entre el individuo y las personas significativas en su proceso de crianza, que impulsa buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo, lo cual permea la relación de la persona

consigo misma e interpersonalmente (Vasquez, 2014d). Un apego seguro favorecerá el establecimiento de límites interpersonales y por ende el equilibrio familiar.

- ❖ *Inteligencia emocional*: se promueve el desarrollo de habilidades para establecer contacto con los propios sentimientos generados por la dinámica de la adicción y codependencia; discernir entre ellos y orientar la conducta para responder adecuadamente a los estados de ánimo, temperamento, motivaciones y deseos de los demás (Vásquez, 2014e).
- ❖ *Comunicación sin violencia*: se propone a los y las familiares, una forma de comunicación que les permita conectarse con ellos y ellas mismas y con la persona consumidora de una manera que aflore la compasión natural y se eviten las reacciones habituales y automáticas, se expresen de manera honesta los sentimientos y se reciban empáticamente los sentimientos de la otra persona (Vásquez, 2014f).

Es claro que en ambos documentos, la familia es reconocida como un elemento que apoya la efectividad en el proceso de rehabilitación de la persona consumidora de SPA; ya que la familia debe estar orientada y preparada para enfrentar las posibles reacciones de la persona según la etapa de consumo en que se encuentre.

A pesar de que se enfatiza en la participación de las y los familiares, se encuentra que la perspectiva de género está ausente, el abordaje no toma en cuenta las diferencias genéricas que intervienen en el establecimiento de límites, en el desarrollo del apego, en las formas de comunicación, de resolución de conflictos, ni en el rol de cada persona en el entorno familiar.

Codependencia

La codependencia hace referencia a un modo de relacionarse con la persona consumidora de SPA, la cual está mediada por una necesidad de control y satisfacción de las necesidades de las otras personas (principalmente la persona con dependencia a SPA) a expensas de sí misma. A continuación se presenta el análisis de esta categoría a partir de la identidad y roles de género establecidos socialmente.

Identidad y roles de género

Un abordaje integral de la codependencia requiere que su análisis e intervención esté transversalizada por el género. El género no debe ser comprendido como sinónimo de sexo, ya que éste último hace alusión a las características biológicas traídas desde el nacimiento y desde las cuales se contruye la identidad de género que diferencian a hombres y mujeres.

Por su parte el género hace referencia a la construcción cultural que determina lo masculino y lo femenino a partir de las diferencias biológicas. De esta manera la sociedad construye un modo de ser hombre o mujer donde se les atribuye de forma diferenciada derechos y obligaciones que median las relaciones interpersonales.

Esta construcción que la sociedad realiza configura la identidad de género, la cual se comprende como:

(...) la autclasificación como hombre o mujer sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre o mujer (...) Es el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto miembro de una categoría de género (...) (García-Leiva, 2005, pág. 73)

El proceso de construcción de la identidad de género ocurre a nivel intrapersonal producto de la interacción social, a través del aprendizaje de roles, estereotipos y conductas; que se convierten en condicionamientos que moldean a las personas según lo establecido para la feminidad y la masculinidad.

Es importante aclarar que existe una feminidad y masculidad hegemónicas marcadas por los valores y pautas dominantes en esta sociedad; pero esto no niega la posibilidad que existan muchas feminidades y masculinidades. Para efectos de la presente investigación, se tomará como referente el modelo de feminidad y masculinidad dominante para el análisis.

La **feminidad** tiene que ver con el **rol** que desempeñan las mujeres en la sociedad y tiene las siguientes características²⁴:

- ❖ La mujer “está construida” para los y las demás, lo cual implica que debe estar siempre relacionada con otro u otra que le otorgue identidad y sentido a su vida; es decir, las mujeres se definen en función “del otro”: “la esposa de”, “la madre de”, “la hija de”.

²⁴ A partir de Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2006).

- ❖ La mujer debe estar al cuidado de los y las demás; principalmente de sus hijos e hijas de quienes es responsable.
- ❖ La mujer está asociada a lo “íntimo” y a la “vida privada”. Siente más responsabilidad de resolver los problemas del “hogar”.
- ❖ La mujer debe tener los siguientes rasgos: disponibilidad, comprensión y cariño.
- ❖ La mujer vive entre el miedo y la culpa.
- ❖ La mujer establece estilos de comunicación en el que se enfatizan emociones, sentimientos, intuiciones y contacto físico.

Por su parte, la **masculinidad** también se relaciona con el **rol** que asumen los hombres a nivel sociocultural, el cual cumple con los siguientes rasgos²⁵.

- ❖ El hombre es presentado como biológicamente superior a las mujeres y por lo tanto tiene mayor potencial el cual es manifestado en su “mayor capacidad de consumir licor”, “realizar ejercicio físico”, “soportar el dolor”, entre otros.
- ❖ El hombre es percibido como superior, por lo cual tiene el poder de dominio sobre las mujeres y otros hombres.
- ❖ El hombre debe ser dominante, competitivo y controlador como prueba de su masculinidad.
- ❖ El hombre debe evitar estilos de comunicación donde exprese sus emociones y sentimientos y por el contrario debe enfatizar en pensamientos lógicos racionales.
- ❖ El hombre debe ser proveedor del hogar, por lo cual está asociado a la esfera de lo público.
- ❖ El hombre tiene una necesidad demostrativa que en ocasiones tiene un potencial autodestructivo que puede colocar en riesgo su integridad física y/o la de otras personas.

A partir de lo anterior, es posible comprender que las relaciones que la familia establece con la persona consumidora de SPA, también son relaciones de género y por ende están mediadas por la construcción social de la identidad femenina y masculina hegemónicas y los roles que se derivan de estas.

²⁵ A partir de Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2006).

Si bien es cierto de manera explícita, ni Las Políticas ni el Protocolo del Proyecto Ayuda sin Ayudar consideran la mediación del género para el análisis, intervención y determinación de lineamientos de atención a la población consumidora de SPA y su familia; se pueden abstraer algunos indicadores del mismo.

Por ejemplo, en Las Políticas se observan algunos datos estadísticos que describen la tendencia de consumo, la cantidad de centros de atención especializados y la población atendida a nivel nacional segregados por sexo y con tendencia a un mayor número de población masculina; la presencia de esta situación podría ser explicada a partir de un análisis de género en el que el hombre es propenso a un mayor consumo, a exponerse a situaciones de mayor riesgo y a hacer “público” su abuso de SPA.

En el Informe de Evaluación del Proyecto Ayuda sin Ayudar (Vásquez, 2014g) se identifica que de un total de 47 personas inscritas en el periodo de 2013- 2014²⁶, el 93.62% son mujeres y solo un 6.38% corresponde a hombres. Asimismo se indica que de éstos, un hombre y 21 mujeres concluyeron satisfactoriamente el proceso grupal. Esta situación que refleja una tendencia contraria a lo anterior, donde las mujeres – familiares de personas consumidoras de SPA – son quienes cumpliendo su rol de género y motivadas por el miedo y la culpa, asumen las tareas asociadas al cuidado y a la protección de los miembros de su familia.

Por su parte mediante la revisión del instrumento de inscripción utilizado en el proyecto para medir la existencia de una relación de codependencia²⁷ se puede observar que algunas de las preguntas incluyen comportamientos y pautas que posiblemente son determinadas por los roles de género, pero no se presenta en el Informe supracitado ningún tipo de análisis al respecto.

Algunas de las preguntas a las que se hace referencia son: *¿en las relaciones con la persona adicta ha asumido intencionadamente un papel sumiso, viviendo exclusivamente para la otra persona?, ¿puedo pensar mi vida sin relación con la persona adicta, porque ella o él no es un elemento absolutamente necesario para mí?, ¿siempre necesito saber algo de la persona adicta, necesito tener contacto con ella continuamente porque si no me desespero?*

²⁶ Durante el 2013 se llevó a cabo dos grupos mientras que en el 2014 sólo uno.

²⁷ El instrumento de inscripción al Grupo Ayuda sin Ayudar constituye una adaptación del Cuestionario Breve de Dependencia Emocional de Jorge Castelló Blasco (SES, s.a.).

La respuesta afirmativa a estas preguntas, no sólo da cuenta de la presencia de rasgos de codependencia en la relación que se establece con la persona consumidora de SPA, sino también de que el género estructura relaciones asimétricas de poder entre los hombres y las mujeres, propiciando, una distribución desigual de conocimientos, responsabilidades y derechos entre unas y otros.

Por esta razón, si se pretende que la perspectiva de género transversalice las intervenciones que se realizan con la población consumidora y sus familiares; estas situaciones deben ser visibilizadas en función de la organización social de género.

Política pública

La política pública es entendida como el conjunto de actividades del Estado dirigidas a intervenir directamente o a través de sus instituciones en determinadas situaciones de la vida de los y las ciudadanas. El gobierno de Costa Rica a través de la promulgación en el 2012 de Decreto Ejecutivo N°31-110 S, establece Las Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Como su nombre lo indica esta política está dirigida a intervenir la adicción como un problema de salud pública que requiere de la intervención del Estado a través del sistema de salud.

Esta categoría será analizada a partir de las dimensiones de: intersectorialidad, acceso al sistema de atención en salud y calidad de la atención.

Intersectorialidad

La intersectorialidad tiene que ver con la forma en que los principales factores determinantes de la salud se integran en las políticas del sector salud. En Costa Rica, este sector se encuentra conformado por

(...) el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el nivel de salud de la población y es el Ministerio de Salud el encargado de ejercer la rectoría sobre este (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012, pág. 19).

Las instituciones que comprende son: el Ministerio de Salud (MS), la CCSS, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), el IAFA, el Instituto Costarricense de

Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y el Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER).

Retomando el tema de la intersectorialidad, la Guía para el análisis y el Monitoreo de la Equidad de Género en las Políticas de Salud (OPS, 2012) identifica dos tipos de determinantes en el análisis de la salud: los estructurales (ingreso, educación, género y etnia) y los intermediarios (condiciones de vida, de trabajo, disponibilidad y acceso a servicios de salud, barreras para adoptar estilos de vida saludables, entre otros).

Este apartado se centrará en los determinantes estructurales, específicamente los relacionados con las inequidades de género en el plan nacional de salud y en la información estadística, en concordancia con los objetivos de la investigación. Cabe señalar que Las Políticas son consideradas un plan nacional de salud, por ser un decreto del Poder Ejecutivo y abarcar las instituciones del sector que intervienen en la atención de la población consumidora de SPA.

A partir del análisis realizado, se encuentra que en Las Políticas no hay un reconocimiento específico respecto a la necesidad de identificar y abordar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a necesidades, conocimientos, oportunidades y compensaciones en la atención de la población consumidora de SPA y sus familias, en las diferentes etapas de consumo y rehabilitación.

Se desconoce qué sectores de gobierno y sociedad civil participaron en la elaboración de Las Políticas; y si esta respondió a un proceso de diagnóstico, en el que se incluyeran objetivos e indicadores que permitan identificar y responder a diferencias de género; lo que se encuentra es que la equidad es uno de los principios orientadores de la política.

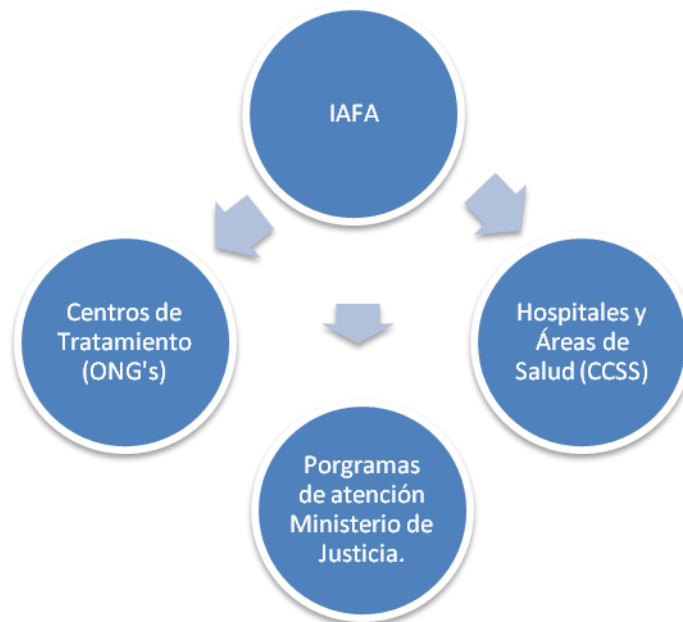
Respecto a los actores responsables, Las Políticas crean el Sistema Nacional de Tratamiento para la atención de la adicción; debido a la importancia del desarrollo de mecanismos de coordinación, colaboración y cooperación entre instituciones y organismos, para atender los problemas derivados del consumo de estas sustancias. Este sistema está integrado por las siguientes instituciones (Mata, 2010):

- ❖ El IAFA como Rector Técnico.
- ❖ La CCSS como principal prestataria de servicios de salud.
- ❖ Organizaciones no gubernamentales.

❖ Programas de Atención del Ministerio de Justicia (Población Adulta y Juvenil).

El siguiente diagrama, ilustra la conformación de dicho sistema:

2 Sistema Nacional de Tratamiento



Fuente: Elaboración propia con base en Mata (2010).

Llama la atención que no se incorpora ni al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) - ente rector de las políticas públicas para la igualdad y equidad entre mujeres y hombres – ni al Instituto Wem – asociación sin fines de lucro que trabaja temas de género, masculinidad, sexualidad y pareja – a pesar de la importancia de estas instituciones en la materia; siendo un vacío para el desarrollo de acciones intersectoriales.

Este hecho es contradictorio con la visión y el objetivo del sistema establecidos en Las Políticas, los cuales rezan de la siguiente manera:

Visión: Instituir un Sistema Nacional de Tratamiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas, universal, público y articulado con los establecimientos de los niveles correspondientes, cuya puesta en marcha sea financiada con fondos estatales y ejecutado con participación del sector privado y comunitario, sensible a suministrar una buena atención integral, con base en redes articuladas, a los demandantes de los servicios, conforme a las normas vigentes en el país.

Objetivo General: Brindar a la población, sin exclusión, un conjunto de oportunidades individuales y colectivas, que le permitan superar los problemas que plantea el consumo de sustancias psicoactivas, en beneficio propio y de la sociedad de la que hacen parte (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012, pág. 35).

Asimismo, está en contra de los principios de Las Políticas que plantean que estas deben ser: personalizadas, integradas, integrales, desconcentradas y equitativas; ya que no se especifican acciones diferenciadas para la eliminación de las brechas de género.

Por otra parte, en relación a la información estadística, la OPS (2012) plantea que tiene que reflejar problemas relativos a mujeres y hombres. De esta manera las instancias responsables de la producción de estadísticas deben recoger, analizar y presentar periódicamente datos desglosados por edad, sexo e indicadores socio económicos para utilizarlos en la planificación y aplicación de políticas.

En este aspecto, Las Políticas incluyen datos estadísticos desagregados por sexo; sin embargo, éstos se presentan con un carácter descriptivo y no se interpretan ni analizan a la luz de las teorías explicativas de género.

Además, la información es de carácter general y no se desglosa por persona en relación a las particularidades de género. En el tema de la salud, se consideran fundamentales estos elementos – edad, sexo e indicadores socioeconómicos – para poder establecer las necesidades y gastos en salud de la población consumidora de SPA, y para poder caracterizar a los y las familiares que intervienen en su proceso de salud y recuperación, así como las necesidades que presentan.

Como aspecto positivo, se identifica que existen iniciativas del IAFA para cuantificar y valorar los costos económicos de atención a la población consumidora. En el 2014 se publicaron los resultados de un estudio denominado: Impacto Económico del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica en el cual se revela, entre otras cosas que, el costo económico del consumo de SPA en Costa Rica, entendido como el importe en la productividad, la atención en salud y la aplicación de la ley, para el año 2011 representó \$551.095.458,51, lo cual equivale a un costo per cápita de \$120, 01 y un 1,36% del Producto Interno Bruto (IAFA, 2014b).

Es necesario aclarar que el rubro de atención en salud, hace referencia a los servicios prestados por esta institución y a la prescripción de medicamentos por parte de la CCSS; por lo que se consideraría importante replicar este tipo de estudios en todas las instituciones que conforman el sistema nacional de tratamiento para la atención de la adicción.

Otro aspecto a considerar sería cuantificar y valorar económicamente el aporte en la atención de salud y servicios de rehabilitación realizado por los y las familiares de las personas consumidoras, en términos de cuidado, satisfacción de necesidades básicas, acompañamiento y supervisión en su proceso de rehabilitación, entre otros.

Asimismo, es necesario que estos datos se encuentren desagregados por género para así conocer de manera diferenciada, el impacto en la productividad, las necesidades en la atención en salud y en materia legal.

Acceso al sistema de atención en salud

El acceso al sistema de atención en salud se constituye en un mecanismo a través del cual se combate la exclusión social que priva a ciertos grupos de personas del acceso a bienes, servicios y oportunidades, que disfrutan otros grupos de la sociedad. La equidad en salud implica la disponibilidad de servicios, pero a la vez la identificación y eliminación de barreras que impidan su utilización (OPS, 2012).

La presente investigación se enfocó en las barreras económicas, socioculturales e institucionales existentes en el ámbito de atención a la adicción desde el sistema de salud.

Las **barreras económicas** hacen referencia a la posibilidad de las personas para el aseguramiento al sistema de salud, el cual en Costa Rica está mediado fundamentalmente por la inserción al mercado laboral y la modalidad de cotización.

A partir de lo anterior se clasifican en: trabajadores(as) asalariados(as), personas pensionadas y jubiladas de cualquiera de los sistemas estatales, las personas que se acojan al Seguro Voluntario, trabajadores(as) independientes que cotizan de forma individual o colectiva, los y las familiares de asegurados(as) directos(as) y la población en condiciones de pobreza asegurada mediante el régimen no contributivo (OPS, 2009).

Datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG) (INEC, 2012, pág. 26) revelan que

(...) a nivel nacional el 85% de las personas se encuentran aseguradas bajo las diversas formas de aseguramiento, entre los que se incluyen los regímenes no contributivos. El aseguramiento directo contribuyente; que en este caso se contempla a la población que cotiza tanto en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte o en el Régimen de Enfermedad y Maternidad (o en ambos), representa el 38% de la población, esto permite a su vez extender la cobertura del seguro de salud al 40% de la población por medio del aseguramiento de familiares. Por otra parte, el 7% de la población total está cubierta por regímenes no contributivos (...)

Las personas que cotizan para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, corresponden a trabajadores(as) independientes, asalariados(as) y personas que se acojan al Seguro Voluntario. En el caso del Régimen de Enfermedad y Maternidad se incluyen los anteriores, pero también los que obtienen el beneficio a través del aseguramiento familiar o por cuenta del Estado.

Los datos anteriores evidencian que aunque la universalidad es uno de los principios de la CCSS, un 15% de la población está excluida de la atención de los servicios de salud por no estar inscrita en alguna de las modalidades de aseguramiento.

A pesar de que en el discurso está “garantizada” la atención a toda la población, las personas no aseguradas únicamente tienen acceso a los servicios de urgencias, y deberán pagar por los mismos, posterior a la atención recibida (OPS, 2009).

Si partimos de la premisa de que una persona con dependencia a SPA tiene alteraciones en diferentes esferas de su vida, y una de ellas es el empleo, sus posibilidades de aseguramiento se ven vulnerabilizadas y por tanto su posibilidad de acceso a una atención integral y continua.

Otro elemento importante a considerar, se relaciona con las tasas de ocupación y desempleo que como se mencionó, median las posibilidades de aseguramiento y están transversalizadas por el género.

En lo que respecta al empleo, de acuerdo a la ENAHO en el 2012 en Costa Rica (INEC, 2012), la tasa de ocupación de los hombres fue de 71,2 mientras que la de las mujeres fue de 40,6. En cuanto al desempleo, las brechas se mantuvieron a favor de los hombres, quienes presentaron una tasa de 6,2 y las mujeres de 10,2.

Esta información evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres tanto en su participación en el mercado de trabajo como en el acceso a los servicios de salud y jubilación, lo cual se agudiza cuando existe una condición de dependencia económica de las mujeres a hombres con dependencia a SPA.

Por otra parte, las **barreras socioculturales** hacen alusión a los obstáculos existentes para el acceso a los servicios de salud, ligadas a pautas y costumbres socioculturales. Muchos de ellos se derivan de la división sexual del trabajo que impone a los hombres la responsabilidad de proveer económicamente en el hogar y a las mujeres lo correspondiente a las labores

domésticas. Ambas condiciones limitan el tiempo y la movilidad para la atención en salud (OPS, 2012).

Siguiendo al autor (OPS, 2012), en el caso de las mujeres, estas limitaciones se asocian a: la escasez de tiempo por las responsabilidades del hogar, las dificultades y costos de delegar el cuidado de los y las hijas, las restricciones para acudir a los servicios de salud por la condición de aseguramiento y dependencia (muchas veces sus parejas no les facilitan la orden patronal para que hagan efectivo su derecho), entre otras limitaciones, que con frecuencia se agudizan por el desempeño simultáneo de trabajo remunerado (doble jornada de trabajo).

Para los hombres, el modelo hegemónico de masculinidad los socializa para ignorar sus procesos fisiológicos a fin de perseguir sus tareas y logros; lo que se traduce en que obvian señales de malestar y sean candidatos para la enfermedad, la fatiga, las adicciones o incluso la muerte (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2006).

En este sentido, el mandato social para el hombre le exige aparentar poca preocupación por su salud y verse fuerte tanto física como emocionalmente, y no necesitar del cuidado de los y las demás. De allí que no consulta preventivamente los servicios de salud sino hasta cuando la atención sea inminente, lo cual a su vez dificulta que se les brinde atención de forma integral.

Finalmente, las **barreras institucionales** se relacionan con los obstáculos existentes a nivel geográfico, de transporte, horarios de atención y sistema de referencia. A continuación se puntualizará cada uno de ellos.

- ❖ **Geográficas:** la ENAHO (INEC, 2012) plantea que en el país persiste una brecha significativa entre la zona rural y urbana en función de la distribución del ingreso, la incidencia de la pobreza, acceso a servicios básicos, la cobertura del seguro social, entre otros, donde la zona rural se encuentra en una condición de desventaja.
- ❖ **Transporte:** se identifican limitaciones para contar con transporte oportuno (ambulancias) a los centros de salud y éstos por su escasez, privilegian a pacientes con dependencia total para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria o a quienes presentan una situación de salud de emergencia que ameriten traslado inmediato a un nivel de atención superior; dejando de lado o a disponibilidad de cupo a mujeres embarazadas, personas con discapacidad y/o adultos(as) mayores. La población consumidora de SPA,

producto de los mitos que socialmente se manejan de ésta, no califican como sujetos prioritarios para este tipo de servicios.

- ❖ **Horarios de atención:** a nivel de los centros de salud los servicios a la población consumidora de SPA y sus familias, se brindan en horarios administrativos –a excepción de los servicios de urgencias de hospitales que tienen jornada continua. Esto es una limitación ya que no se adecúan a los patrones de trabajo remunerado y no remunerado de mujeres y hombres. Asimismo, otra situación que se presenta con los horarios tiene que ver con las listas de espera para la obtención de citas con especialistas.
- ❖ **Sistemas de Referencia:** la prestación de servicios de salud de la CCSS, está organizada en tres niveles de atención, que operan bajo un modelo de red, sin embargo, el sistema de referencia entre dichos niveles está mediado por las barreras descritas previamente que afectan su adecuado funcionamiento.

A partir de la revisión de Las Políticas se abstrae su intencionalidad de incrementar la cobertura de salud para garantizar una provisión suficiente y oportuna de servicios gratuitos y asequibles para toda la población. No obstante, el análisis de las barreras económicas, socioculturales e institucionales evidencia vacíos en la oferta de atención, debido a que no se reconocen las particularidades y necesidades de las personas, según sexo, condición de aseguramiento, zona geográfica, entre otras.

Las Políticas no reconocen explícitamente estas barreras, y por ende no proponen alternativas de solución dirigidas a brindar una atención integral para las personas consumidoras de SPA y sus familias.

Calidad de la atención

La calidad de la atención está relacionada con la forma en que los servicios de salud se organizan en redes para garantizar el acceso de la población, la articulación de la promoción, prevención y atención en los distintos niveles del sistema, el aseguramiento de la continuidad en los servicios, la respuesta oportuna a las necesidades comunes y particulares de mujeres y hombres; y la consolidación de sistemas de información como fundamento de la acción (OPS, 2012).

De esta manera, la calidad busca el mejoramiento en la atención de la población mediante una **metodología e instrumentos de intervención** que permitan identificar las diferencias

entre mujeres y hombres en términos de vulnerabilidades, riesgos y necesidades de salud desde su ciclo de vida y distintos contextos socioeconómicos y culturales.

Entre los instrumentos de apoyo utilizados para fortalecer la intervención en el sistema de salud se plantean desde Las Políticas (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012):

❖ **El Sistema de Información sobre Drogas**²⁸: busca recopilar datos relacionados con indicadores de consumo, morbilidad, mortalidad, tratamiento, percepciones, conocimientos y prácticas de la población en relación al consumo de SPA²⁹, con el fin de realizar estimaciones sobre la magnitud de éste y su distribución social y geográfica.

En Las Políticas se destaca que:

Dentro del enfoque del uso de nuevas tecnologías de información, el IAFA, a partir del 2001 incorpora un sistema de información, el cual contempla el uso de una solución integrada para la gestión clínica, aplicable a cualquier servicio que disponga la institución. La historia clínica electrónica (expediente electrónico) contribuirá a garantizar la calidad de la prestación sanitaria brindada en los servicios del IAFA, así como la planificación, organización, gestión y evaluación de la actividad asistencial (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012, pág. 49)

Es importante mencionar que la CCSS está implementando el expediente digital único en salud (EDUS) el cual se configura como una herramienta que automatiza y estandariza la atención, cuyos beneficios están dirigidos a: facilitar la comunicación entre los diferentes centros de salud, permitir la generación de estadísticas, facilitar la generación de indicadores para la toma de decisiones y registros de salud estandarizados y de mayor calidad (CCSS, 2013).

❖ **Sistema de seguimiento y evaluación**: este sistema está estrechamente relacionado con el de información y es fundamento para la toma de decisiones. Para ello se establecen indicadores con el objetivo de medir la eficacia y cobertura de los servicios brindados. Las variables que incluyen Las Políticas son:

²⁸ Este sistema está a cargo del IAFA como ente rector (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012).

²⁹ Este Sistema pretende compilar datos como: número de personas tratadas, características y perfil de los y las usuarias (sexo, edad, año de nacimiento, situación laboral, condiciones de vida, educación, nacionalidad), patrones de consumo (drogas primarias y secundarias, tratamiento de sustitución, modalidad y frecuencia de consumo) y tendencias a lo largo del tiempo (duración del tratamiento, tratamientos anteriores y fuente de derivación).

- *Aumento de la cobertura y acceso a la atención en programas de tratamiento y rehabilitación*, cuyos indicadores son: porcentaje de personas que participan en programas de tratamiento en servicios de salud públicos y/o centros privados, que alcanzan objetivos terapéuticos; porcentaje de personas tratadas que participan en programas de reinserción; aumento de la cobertura anual de programas para personas con problemas asociados al consumo de SPA; aumento de la cobertura anual de programas de tratamiento y rehabilitación para mujeres, jóvenes, niños, niñas y aumento de la cobertura anual de programas de tratamiento y rehabilitación para población penal.
 - *Mejora de la calidad de los servicios y programas de tratamiento públicos y de centros privados de atención*, cuyos indicadores son: aumento del número de organizaciones y sus respectivos programas acreditados y supervisados por el Ministerio de Salud y el IAFA; aumento del número de servicios de públicos y centros privados de atención que cumplen con las normas de calidad establecidas por el Ministerio de Salud y el IAFA.
 - *Fortalecimiento del sistema de detección, diagnóstico y derivación*, el indicador es: aumento del número de instancias que realizan detección, diagnóstico y derivación.
 - *Inserción social de personas con problemas asociados al consumo de SPA que egresan de programas de tratamiento*, el indicador es: aumento de personas tratadas y reincorporadas socialmente.
 - *Formación, capacitación, especialización y/o actualización de recursos humanos de los programas de tratamiento*, el indicador es: aumento de profesionales y técnicos que reciben formación, capacitación, especialización y/o actualización en contenidos especializados para desarrollar programas de tratamiento.
- ❖ **Estimación de demanda de tratamiento:** busca identificar quiénes son las personas consumidoras de SPA, con el objetivo de incentivarlas a buscar ayuda e intervención. En Las Políticas se reconoce como vacío que el país no cuenta con datos que establezcan la demanda efectiva de tratamiento.

A pesar de estos instrumentos, en la metodología para mejorar la atención no se menciona de forma explícita el género como un determinante de la salud (de manera somera se establece como parámetro el sexo de las personas) que permite medir la calidad en los servicios que se prestan a la población consumidora de SPA y sus familias.

Otro elemento que se debe considerar en los servicios de salud es la **consulta a las personas usuarias**, en este caso particular, a la población consumidora de SPA y sus familias. Dicho proceso, permite monitorear la atención brindada desde las percepciones de los y las beneficiarias, con el fin de determinar si sus necesidades, demandas e intereses fueron satisfechos desde su perspectiva.

A partir de la revisión de Las Políticas no se encuentra como parte de las mismas la consulta a personas usuarias en ninguna etapa del proceso de formulación ni de operativización de las mismas; por lo que existen vacíos en relación a determinar si la población usuaria:

- ❖ Recibe información comprensible y oportuna sobre los procesos de atención y servicios existentes para el tratamiento de la dependencia a SPA.
- ❖ Conoce de su derecho a negarse a ser parte de un proceso de rehabilitación.
- ❖ Utiliza los mecanismos institucionalmente establecidos (por ejemplo Junta de Salud y Comités de Salud, Contraloría de Servicios) para opinar sobre elementos relacionados a la infraestructura, procesos de atención y trato del personal de salud según sus necesidades.
- ❖ Reciben respuestas oportunas y efectivas al motivo de sus consultas mediante los sistemas de referencia y contra-referencia tanto a nivel intra-institucional como inter-institucional.

Finalmente, para mejorar la calidad se debe considerar el establecimiento de **normas y protocolos de atención** que definan conductas y condiciones en los temas prioritarios de salud pública a partir de la incorporación de necesidades particulares de mujeres y hombres.

En esta línea, Las Políticas representan un esfuerzo por normativizar y protocolizar la atención que se brinda desde el sistema de salud a la población consumidora de SPA; sin embargo, como se ha evidenciado los lineamientos de las mismas invisibilizan las necesidades exclusivas de las mujeres con problemas derivados del consumo y también de aquellas que conviven con familiares dependientes de SPA.

Se encuentra que en el sistema de seguimiento y evaluación propuesto no se incorpora mecanismos de control de calidad que consideren diferencias y eviten la discriminación por sexo, edad, etnia, orientación sexual y clase social en el tratamiento de la dependencia de SPA; y/o que regulen el trato respetuoso y sensible a las diferencias mencionadas.

Una fortaleza encontrada en Las Políticas en función de los mecanismos de control de calidad, es la promoción de capacitación técnica al equipo de salud que permita brindar una atención especializada y actualizada para el desarrollo de programas de tratamiento y rehabilitación, que incluya a la persona consumidora y su familia.

Aunque existe un lineamiento para el fortalecimiento del sistema de detección, diagnóstico y derivación, no se establecen indicadores que permitan monitorear el seguimiento y continuidad de la atención en los casos en que hay derivación a otros niveles o instituciones del sistema de salud.

En conclusión, tomando en cuenta lo planteado por OPS (2012, pág. 58): “La definición de normas, protocolos y guías de atención con perspectiva de género evitarían decisiones arbitrarias que frecuentemente ocurren durante el proceso de atención y que tienen que ver con estereotipos de género”. Esta perspectiva está ausente en Las Políticas, lo cual desemboca en reproducir prácticas discriminatorias al no tomarse en cuenta los patrones diferenciales por sexo en cuanto a roles, riesgos, enfermedades y necesidades.

Debido a que desde el ámbito institucional no es posible incidir de forma inmediata en la formulación de las políticas, se plantea a nivel local una propuesta de protocolo de abordaje grupal que permita una atención integral con perspectiva de género a las y los familiares de personas consumidoras de SPA, tomando como base los hallazgos encontrados en el proceso de estudio que puedan fortalecer el proyecto Ayuda sin Ayudar.

CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

A partir del contraste realizado entre Las Políticas y el Protocolo del Proyecto Ayuda sin Ayudar respecto a la comprensión de la adicción y la codependencia, desde una perspectiva de género, se puede concluir:

1. En relación a la adicción:

- ❖ Es un problema complejo en el que se conjugan múltiples determinaciones de índole personal, social, cultural, económico y político; por lo que se requiere de un abordaje interdisciplinario, así como de políticas públicas planificadas y coordinadas.
- ❖ Desde Las Políticas y el proyecto Ayuda sin Ayudar la adicción se conceptualiza como “dependencia a SPA” y se define como una enfermedad crónica, dado que su progresión es lenta y a pesar de ser tratable, no es curable, y pueden presentarse recaídas. Bajo esta óptica, la centralidad está en la persona consumidora.
- ❖ Existe una parte significativa de la población en condiciones de dependencia y consumo perjudicial de SPA, las cuales requieren acciones concretas para su atención y rehabilitación. Esta situación se configura como un problema social inminente, de salud pública, reconocido en las políticas y que requiere de un abordaje integral.
- ❖ Es importante comprender los problemas generados por la dependencia a SPA como una enfermedad crónica que requiere de intervenciones a nivel individual y familiar; en las cuales se brinden estrategias para favorecer y apoyar el proceso de tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora. La intervención oportuna permite modificar los patrones de relación que facilitan la conducta adictiva.

2. En relación a la codependencia:

- ❖ La codependencia no es abordada de manera explícita ni implícita en Las Políticas. Es un tópico poco tratado a nivel nacional.
- ❖ Desde el proyecto Ayuda sin Ayudar se comprende como una de las secuelas del consumo de SPA en el ámbito familiar, que genera ansiedad, angustia y no favorece la recuperación de la persona consumidora.

- ❖ La bibliografía consultada, destaca que la población femenina es la más vulnerable para establecer una relación codependiente; debido a las características socialmente atribuidas a las mujeres.
- ❖ Estas características, que forman parte de las identidades de género, se han construido y reproducido socialmente a través de mitos y estereotipos propios del sistema patriarcal; que en muchas ocasiones han contribuido a la construcción y manutención de relaciones interpersonales desiguales que facilitan la presencia de patrones de codependencia. Esto puede colocar a las mujeres, en condiciones de vulnerabilidad y riesgo a situaciones de violencia.

3. En relación a Las Políticas:

- ❖ El Estado tiene como función asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas por el consumo de SPA.
- ❖ En este sentido, Las Políticas representan un esfuerzo por homologar los elementos técnicos que definen y caracterizan a cada uno de los niveles de intervención para el tratamiento de la dependencia de SPA. Se abstrae su intencionalidad de incrementar la cobertura de salud para garantizar una provisión suficiente y oportuna de servicios gratuitos y asequibles para toda la población.
- ❖ No obstante, la oferta de atención es insuficiente y baja para atender las necesidades de poblaciones específicas como lo son las mujeres, personas adultas mayores, con discapacidad, niños, niñas y adolescentes. En el país no se cuenta con acceso universal garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación en el sistema nacional de salud, ni en el sistema privado.
- ❖ El análisis de las barreras económicas, socioculturales e institucionales evidencia vacíos en la oferta de atención, debido a que no se reconocen las particularidades y necesidades de las personas, según sexo, condición de aseguramiento, zona geográfica, entre otras.
Las Políticas no reconocen explícitamente estas barreras, y por ende no proponen alternativas de solución dirigidas a brindar una atención integral para las personas consumidoras de SPA y sus familias.
- ❖ Los programas existentes en el país centran su atención en la persona consumidora (principalmente en varones) y sobre los factores de riesgo; dejando

en un segundo plano y/o con un carácter opcional el abordaje familiar. A pesar de que este tipo de atención se configura como un factor protector para la prevención y el abordaje de la adicción.

Los factores de riesgo se abordan en función de la condición de dependencia a SPA; y no previo a esta etapa. Es decir, no se trabaja la prevención de factores que llevan a las personas a consumir; sino aquellos que promueven, facilitan o perpetúan la adicción. Por ejemplo, muchas de las normas de convivencia o límites intrafamiliares se establecen en función de los roles asumidos según el Triángulo Dramático; lo que genera tensiones familiares que propician la continuidad del consumo de SPA.

- ❖ El trabajo con la familia es una ruptura con la forma de abordaje tradicional ya que representa – como se mencionó – el fortalecimiento de un factor protector; al otorgarle un mayor protagonismo a la familia independientemente del proceso rehabilitador o de la etapa de consumo en que esté la persona. La familia es un elemento que apoya la efectividad en el proceso de rehabilitación y debe estar orientada y preparada para enfrentar las posibles reacciones de ésta.
- ❖ Un vacío encontrado en los documentos analizados, es que no se enfatiza en la comprensión y análisis de las etapas de consumo de SPA, lo cual se considera fundamental para la rehabilitación y evitar riesgos de recaídas. Esto debe realizarse en función no solo de la persona consumidora sino de sus familias.
- ❖ Otro vacío identificado se relaciona con el abordaje del género; ya que ni en Las Políticas ni en el Proyecto Ayuda sin Ayudar, se evidencia un análisis diferenciado que tome en cuenta las particularidades por género en cuanto a la vivencia y las consecuencias en cada una de las etapas de consumo, en el establecimiento de límites, en el desarrollo del apego, en las formas de comunicación, de resolución de conflictos, ni en el rol de cada persona en el entorno familiar.

Esto tiene un impacto negativo para la equidad de género y la atención integral de la población que se pretende lograr desde la institución. Además está en contra de los principios de Las Políticas que plantean una atención personalizada, integrada, integral, desconcentrada y equitativa; ya que no se especifican acciones diferenciadas para la eliminación de las brechas de género.

4. Desde la perspectiva de género:

- ❖ Se puede identificar que el consumo de SPA afecta de forma diferenciada a hombres y mujeres. En el caso de los hombres se relaciona a la masculinidad tradicional, la cual entre otras cosas promueve el consumo como elemento de demostración que conlleva a situaciones de riesgo y/o al reconocimiento tardío de un problema al no preocuparse de manera preventiva de la condición de salud. Por su parte, las mujeres vinculadas a estos hombres tienen mayor riesgo de desarrollar patrones de relación de codependencia, debido a la socialización genérica y a los mandatos que establecen el “ser para otros” y el rol de cuidado. De este modo, el género estructura relaciones asimétricas de poder entre los hombres y las mujeres, propiciando, una distribución desigual de conocimientos, responsabilidades y derechos.
- ❖ Las relaciones que la familia establece con la persona consumidora de SPA, también son relaciones de género y por ende están mediadas por la construcción social de la identidad femenina y masculina hegemónicas y los roles que se derivan de éstas.
- ❖ Finalmente el género influye en los procesos adictivos en el sentido de crear y/o agudizar distinta sintomatología, perfiles, atribuciones causales; mediante instituciones depositarias de un poder delegado, sus discursos y prácticas integradas en nuestra vida cotidiana. Estos aspectos no son contemplados en Las Políticas, lo cual incide en la sostenibilidad y eficacia de las mismas.

Recomendaciones

El siguiente apartado busca dar respuesta al objetivo propositivo el cual dicta “*Plantear recomendaciones para la construcción de un protocolo de atención grupal que permita una atención integral con perspectiva de género a las y los familiares de personas consumidoras de SPA*”.

Dichas recomendaciones pretenden orientar el trabajo que realiza la persona facilitadora del proyecto Ayuda sin Ayudar, para que integre la perspectiva de género en la atención de la adicción y la codependencia, como una estrategia para promover la participación igualitaria y la autonomía de las personas sin distinción de género.

Fortalecer el proceso de intervención grupal sobre la codependencia y sus implicaciones tanto en la persona consumidora como sus familiares; es un imperativo ético, ya que permite aumentar el conocimiento teórico y metodológico sobre dicho fenómeno, la articulación con las políticas nacionales y así contribuir al mejoramiento de las estrategias de intervención.

Recomendaciones para la construcción protocolo de una atención grupal para familiares de personas consumidoras de SPA con perspectiva de género

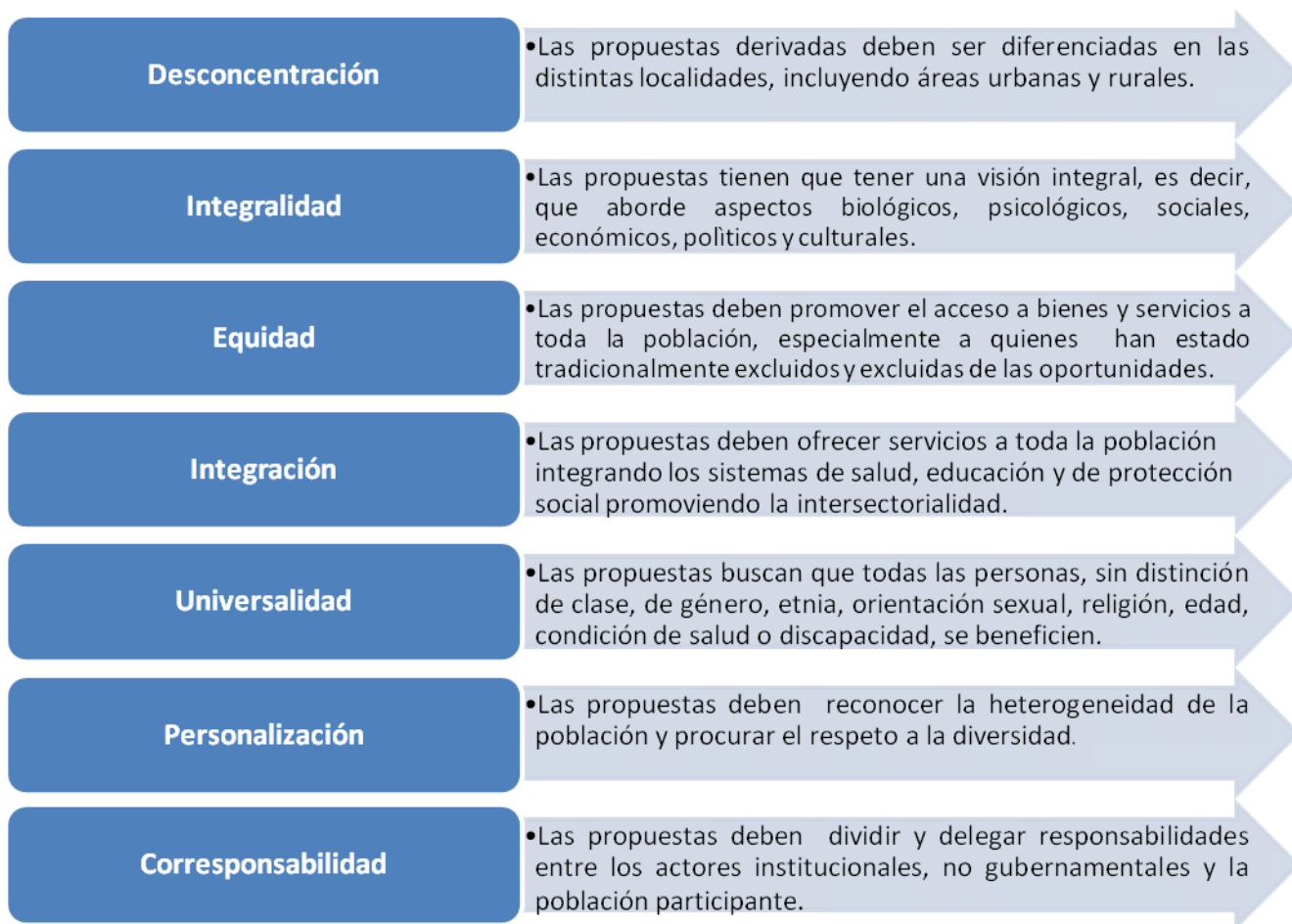
Las recomendaciones presentadas a continuación se elaboraron con base en las fases de construcción de un proyecto social; las cuales son: identificación, formulación y planificación, ejecución y evaluación.

Fase de identificación

La construcción de cualquier protocolo de atención debe ser precedida por la identificación de una situación susceptible de mejora. En este caso particular, el proceso investigativo develó que el proyecto de atención grupal Ayuda sin Ayudar carece de vinculación con Las Políticas para la atención de la población consumidora y su familia; así como de una perspectiva de género para el abordaje integral de las personas.

Estas dos carencias son susceptibles de mejora, en el momento en que se logre incorporar en el protocolo del proyecto los lineamientos de Las Políticas transversalizadas con el enfoque de género.

Algunos de los principios de Las Políticas que se consideran deben tomarse en cuenta al momento de la fase de identificación y posteriores son:



Fuente: Elaboración propia con base en Decreto Ejecutivo N°31-110 S (2012)

Aunque estos principios se presenten en el discurso como neutrales, y a favor de toda la población, no debe obviarse que la ideología patriarcal subyacente hace que en la práctica puedan traducirse en acciones sesgadas a favor de lo masculino, donde se tome al hombre como “parámetro a seguir”.

De allí que el proyecto Ayuda sin Ayudar debe considerar en esta fase:

- ❖ La socialización, los conceptos culturales y los estereotipos en que se basa la identidad femenina y masculina.
- ❖ El esquema de roles de mujeres y hombres en los ámbitos público y privado, así como las regulaciones del mundo productivo y reproductivo.
- ❖ La intervención de mujeres y hombres en la toma de decisiones, o sea en la distribución del poder.

Esto puede realizarse coordinando con las Áreas de Salud de la zona de atracción del Hospital y consultando los Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS), los cuales son una herramienta para la planificación de los servicios de salud.

El ASIS es un proceso por el cual se busca explicar el estado de salud de las personas en un tiempo y espacio geográfico determinado.

Esto se lleva a cabo a través del análisis del entorno desde el punto de vista de los diferentes actores sociales que lo conforman. Para hacer el análisis se recaba información tanto cuantitativa o numérica (porcentajes, tasas, número de viviendas, etc.), como cualitativa (comportamientos, puntos de vista, actitudes de las personas hacia determinados temas, etc.), y se realiza por medio de la participación social (de la que se habló con detalle en la séptima unidad modular). Al finalizar la recolección de la información el equipo de salud la analiza y, posteriormente valida en plenarios con la comunidad (CENDEISS, 2004, pág. 16).

Estos elementos deben ser contemplados en la fase de identificación del proyecto con la finalidad de reconocer zonas prioritarias así como las particularidades geográficas, económicas, culturales y sociales de cada una de ellas, a la luz de un análisis de género. Lo anterior se configura como una estrategia para garantizar el cumplimiento de los principios mencionados de desconcentración, integralidad, universalidad y equidad.

De esta manera, la divulgación del proyecto debe priorizar las zonas determinadas y contemplar dichas particularidades en la fase siguiente.

Fase de formulación y planificación

La formulación y planificación del protocolo de atención buscar dar respuesta a la situación identificada en la fase anterior. Para ello, los objetivos propuestos en el protocolo deben tener coherencia con los objetivos, los resultados esperados y las actividades establecidas en Las Políticas.

En este orden, tal y como lo menciona De la Cruz (1998) la planificación desde la perspectiva de género requiere la especificación de los objetivos, resultados, actividades e indicadores diferenciados por género; los cuales son condiciones necesarias para un adecuado seguimiento y evaluación.

Siguiendo a la autora (1998) y a Mochales (s.f) esto es posible si:

- ❖ Las metodologías empleadas posibilitan la participación activa de la población beneficiaria, tanto hombres como mujeres.

- ❖ La planificación se basa en los resultados del análisis de la situación.
- ❖ Se prevé lugar y hora para la ejecución del proyecto de acuerdo a las necesidades y posibilidades de la población.
- ❖ Se adapta la metodología a la población analfabeta y con discapacidad.
- ❖ Se aseguran que las estrategias de abordaje permitan la expresión de todas las personas participantes.
- ❖ Se analiza la realidad de las mujeres teniendo en cuenta su heterogeneidad.
- ❖ Se promueve la inclusión de las mujeres en los ámbitos de decisión, áreas y procesos del proyecto, sin limitar sus posibilidades de participación y desarrollo.

La importancia de planificar con perspectiva de género radica en que facilita el éxito del proyecto; ya que contempla la atención de las necesidades prácticas e intereses estratégicos de hombres y mujeres.

Casella & Cohelo (1995) explican que las necesidades prácticas atienden la situación de “bienestar” de las personas, mientras que los intereses estratégicos, abordan la posición social de las mujeres y los hombres en la sociedad. Las necesidades prácticas varían de una clase social a otra, por el contrario, los intereses estratégicos responden a la reflexión sobre un problema común de poder desigual entre hombres y mujeres.

La búsqueda de la satisfacción de las necesidades prácticas e intereses estratégicos guían la formulación de los objetivos. Desde la perspectiva de género, estos requieren tomar en cuenta:

- ❖ Los grupos o personas a los que va dirigido.
- ❖ Las consecuencias de los cambios que producirá el proyecto en mujeres y hombres.

Para el caso particular, del proyecto a desarrollar es necesario considerar dentro de la planificación las implicaciones del rol de cuidado que asumen principalmente las mujeres con sus familiares consumidores de SPA; así como los estereotipos y sanciones ante el consumo diferenciado por sexo.

Esto puede realizarse, mediante la Boleta de Inscripción al Grupo Socioterapéutico Ayuda sin Ayudar, incorporando ítems que indaguen los siguientes aspectos:

- ❖ Ocupación
- ❖ Parentesco/Relación con la persona consumidora

- ❖ Dependientes (hijos/as, pareja, hermanos/as, padres, entre otros)
- ❖ Consumo de SPA (uso, abuso, dependencia, intoxicación)
- ❖ Enfermedades/ Padecimientos/ Discapacidades
- ❖ Roles en el sistema familiar (proveedor/a, protector/a, entre otros)
- ❖ Situación económica
- ❖ Tipo de aseguramiento
- ❖ Condición migratoria
- ❖ Disponibilidad de horarios
- ❖ Red de apoyo
- ❖ Expectativas/Intereses/Necesidades

Considerar estos elementos en la formulación y planificación del protocolo contribuye a que la persona facilitadora esté consciente de los roles de género y prácticas discriminatorias que puedan visibilizarse en el desarrollo de las sesiones; y así idear estrategias de forma oportuna para su eliminación y transformación.

En este sentido, se considera que la planificación de las sesiones debe promover procesos de reflexión, incluyendo entre sus contenidos:

- ❖ Los conceptos de adicción, las etapas de consumo y codependencia a la luz de Las Políticas y las diferencias por género. Esto último puede fundamentarse con resultados de estudios del IAFA y de los ASIS.
- ❖ El significado social del consumo de SPA, los mandatos que intervienen para que este ocurra, las sanciones morales y sociales a las personas consumidoras, las consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales tanto para las personas como para sus familiares.
- ❖ La codependencia con base al Triángulo Dramático y desde una perspectiva de género que permita analizar los límites de las acciones, comportamientos, actitudes, maneras de pensar, expresarse y en las relaciones que establecen las personas en un sociedad dividida por el género, que asigna deberes y prohibiciones tanto a hombres como mujeres de manera diferenciada; y censura a quienes no se adaptan.

- ❖ El manejo de las relaciones intrafamiliares para el establecimiento de límites, el desarrollo del apego, formas de comunicación, resolución de conflictos y reestructuración de roles.

Se considera importante visibilizar en el desarrollo de las sesiones, las relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres, y propiciar una distribución igual de conocimientos, responsabilidades y derechos.

Fase de ejecución

Durante la ejecución del proyecto, los y las profesionales a cargo deben tener siempre presente que el objetivo principal del proceso es brindar a los y las familiares herramientas para enfrentar la adicción de sus miembros evitando conductas de facilitación y codependencia; de manera que puedan resolver por sí mismas las situaciones o problemas que surjan al concluir esta fase.

La perspectiva de género aporta a este objetivo en la medida en que promueve la participación igualitaria de poder en las relaciones intrafamiliares y sociales de las personas; al tiempo que coadyuva a que tanto hombres como mujeres desarrollen autonomía y ejerzan el derecho a determinar sus opciones.

Para esta etapa Mochales (s.f) sugiere:

- ❖ Escuchar activamente los intereses, necesidades, problemas y deseos de la población participante.
- ❖ Aprovechar los acercamientos informales y las situaciones cotidianas para fortalecer la intervención.
- ❖ Proponer acciones de cambio a partir de las ideas y habilidades con las que las personas participantes cuentan.

Todo lo anterior, persigue producir cambios para modificar y/o mejorar la vida de las personas beneficiarias que repercutan en sus derechos, obligaciones, oportunidades y actividades cotidianas que están determinadas por su identidad de género.

En este sentido, la perspectiva de género en la fase de ejecución permitirá que las acciones que se van realizando incidan positivamente en la calidad de vida de las personas, de manera que al finalizar el proyecto se logre mejorar la situación de igualdad entre hombres y mujeres sin dejar de lado sus diferencias.

Por su parte De La Cruz (1998) propone seguir el siguiente esquema:

2 Matriz de planificación sensible al género

<p>1. Elaborar un plan de operaciones</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Diseñar actividades específicas para mujeres y para hombres, considerando:<ul style="list-style-type: none">• Tiempo/duración/localización.• Criterios de selección.• Estrategias de entrada/apoyo.• Selección de opciones técnicas y formas de aplicación.❖ Distribuir los recursos considerando:<ul style="list-style-type: none">• Designación de personal con conocimiento de género y técnicas participativas.• Composición de un equipo formado por mujeres y hombres de manera paritaria.• Presupuesto adecuado y equilibrado para actividades de mujeres y hombres del grupo beneficiario.• Presupuesto adecuado para la capacitación en género y en métodos participativos de los equipos del proyecto.
<p>2. Establecer un sistema de seguimiento y evaluación diferenciado por sexo.</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Ejecutar actividades observando:<ul style="list-style-type: none">• El nivel del grupo beneficiario (mujeres y hombres) en la adquisición de la capacidad de analizar su situación, planificar y ejecutar actividades con perspectiva de género.

<p>3. Seguimiento y evaluación de los resultados previstos a partir de los indicadores de género.</p>	<p>❖ Se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El acceso a instalaciones y servicios del proyecto, así como el control sobre los mismos (análisis de beneficios a nivel del proyecto, de las instituciones colaboradoras y del grupo beneficiario). • El efecto/impacto sobre el grupo beneficiario y sobre la institución.
<p>4. Actualizar la base de datos (desagregados por sexo) como base para la re planificación.</p>	
<p>5. Informe sobre los avances de los efectos/impactos del proyecto tomando como base los resultados del seguimiento y evaluación, diferenciados por sexo.</p>	
<p>6. Formular recomendaciones para el ajuste de las actividades y para las políticas del proyecto (replanificación).</p>	

Fuente: adaptación a partir de De La Cruz (1998)

Como se destaca en el punto tres, dentro de este proceso, se debe incluir actividades de seguimiento dirigidas a determinar si los resultados esperados se están alcanzando tal y como habían sido planificados. Para ello se debe "(...) analizar exhaustivamente los frutos de las intervenciones específicas tanto a nivel cualitativo (...) como a nivel cuantitativo (...)" (Mochales, s.a, pág. 32).

La autora (s.f.) recomienda el uso de un formulario de registros de actividades, resultados y valoraciones que den cuenta de la consecución de los objetivos planteados, que permitan determinar áreas por modificar, definir estrategias y analizar carencias y potencias. Lo anterior, es prerequisite para la siguiente fase de evaluación. Se sugiere el uso del instrumento institucional de crónicas, pero incorporando las anteriores recomendaciones.

Fase de evaluación

La fase de evaluación, requiere que durante la ejecución del proyecto se hayan realizado actividades de seguimiento que permitan ir monitoreando si lo propuesto se está desarrollando de la manera en que se había planificado.

MURGIBE (2010) detalla que el proceso de seguimiento durante la ejecución implica:

- ❖ revisar las actividades y los resultados definidos
- ❖ valorar el acceso y control sobre las instalaciones y servicios que se van ofreciendo.
- ❖ analizar cómo se va desarrollando la participación en el proyecto de hombres y mujeres, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.
- ❖ plantear recomendaciones
- ❖ analizar las posibles consecuencias de la acción del proyecto sobre hombres y mujeres respecto a sus necesidades prácticas e intereses estratégicos
- ❖ analizar los datos de base diferenciados por sexo para el ajuste de la estrategia.

A partir de esto, la evaluación busca reflexionar sobre lo ejecutado con el propósito de informar, tomar decisiones y mejorar la capacidad de respuesta en el futuro. Se propone que la evaluación sea participativa y se realice desde una perspectiva de género; esto significa comparar y valorar, en función de criterios referidos a la igualdad, la situación existente para mujeres y hombres antes, durante y después de la realización del proyecto.

Es fundamental una mirada retrospectiva de los elementos identificados en la primera y segunda fase; principalmente los relacionados con: los roles de género asumidos, el acceso y control de los recursos, las normas, valores y derechos en la relación con la persona consumidora de SPA.

Para lograr una evaluación participativa, el Groupe URD (2009) recomienda tener presentes los siguientes aspectos:

- ❖ Escuchar a todas las personas participantes.
- ❖ Centrarse en la triangulación, contrastando la boleta de inscripción con una boleta de egreso (puede ser la misma) y verificando la información obtenida con los reportes de las personas participantes.
- ❖ Garantizar la transparencia del proceso.

- ❖ Informar a las personas participantes, los objetivos y resultados de la evaluación; en una sesión de seguimiento grupal, un mes después de finalizado el proceso.
- ❖ Garantizar que las conclusiones y recomendaciones de la evaluación tendrán un impacto visible sobre el proyecto.

De esta manera, la evaluación puede considerar las siguientes interrogantes (además de las contenidas en la boleta de inscripción):

- ❖ ¿Qué beneficios ha tenido para mujeres y hombres?
- ❖ ¿Qué proceso se ha seguido?
- ❖ ¿Qué comportamiento han manifestado las personas participantes?
- ❖ ¿Cuál es la capacidad adquirida para buscar nuevas soluciones?

Evaluar de forma participativa y desde una perspectiva de género busca recuperar la diversidad de puntos de vista y a la vez apoyar la objetividad y la imparcialidad del proceso evaluativo.

Bibliografía

- Alfaro, R. M. (1993). *Una comunicación para otro*. Perú : Editorial Calandria.
- Álvarez, L., Galeano, G., López, C., & Noguera, H. (2010). *El quehacer de enfermería en el abordaje de las necesidades de salud de las personas adolescentes en proceso de rehabilitación de adicción a las drogas, institucionalizadas en los albergues de Hogar Crea en el Gran Área Metropolitana*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Amador, G., Bejarano, J., & Mata, D. (2011). Acercamiento a la situación actual del problema de las drogas en Costa Rica. En U. d. Rica, *La Salud Pública en Costa Rica: Estado actual, retos y perspectivas* (págs. 339-361). San José, Costa Rica: EUCR.
- Anchía, F., & Jarquín, A. (2011). *Aprendo a valerme por mí mismo: respuesta estatal desde la Promoción de la Salud, ante el consumo de drogas en la población menor de edad*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Arboleda, L., Casas, J., Botero, J., & Cano, V. (2010). El juego de la responsabilidad del coadicto materno. Una visión de la farmacodependencia desde las constelaciones familiares. *Katharsis*, 37-155.
- Arregui (2004). *Manual de capacitación equidad de género*. Santo Domingo, República Dominicana: Secretaría de estado de la mujer - Agencia Española de Cooperación Internacional Obtenido de: http://192.64.74.193/~genera/newsite/images/cdr-documents/publicaciones/doc_527_manual_genero.pdf
- Asociación Estadounidense de Siquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales DSM-IV. Versión en español*. Barcelono, España: MASSON S.A.
- Avila, K. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia. Módulo III . San José , Costa Rica: EDNASSS – CCSS.
- Balmaceda, G. (2013). *Paradigmas y enfoques de la investigación científica desde la perspectiva de género*. San José, Costa Rica: Inédito.
- Barrantes, A. (13 de Junio de 2013). Cuatro de cada 10 costarricenses callan maltrato a las mujeres. *La Nación*, pág. Edición Electrónica.
- Begoña, G. (2011). *El modelo minnesota. Un método de tratamiento para las adicciones*. España: Universidad de Deusto.
- Bermúdez, S. (2011). *El impacto experimentado por los padres y las madres con descendientes adictos a drogas y que asisten a un grupo de autoayuda*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

- Blanco, P., Moral, M. V., Palacios, L., & Sirvent, C. (2005). Codependencia: Delimitación conceptual y análisis de las diferencias intergénero en codependientes y población general. *X Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías* (págs. 57-62). Oviedo, España: Inédito.
- Botey, A. M. (2005). Las representaciones sociales de la pobreza en la Costa Rica de la década de 1930. En R. Viales, *Pobreza e historia en Costa Rica. Determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo XVII a 1950*. San José, Costa Rica.: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Bröning, S., Moesgen, D., & Klein. (2013). Trabajar con hijos de familias afectadas por toxicodependencias: la intervención grupal comunitaria trampoline. *Revista interuniversitaria*, 67-84.
- Bustamante, X. (2005). *Salud de las mujeres en Costa Rica. Un análisis de la perspectiva de género*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud - OMS/OPS.
- Cascante Gómez, A. (01 de Agosto de 2014). Entrevista sobre adicciones. (C. Monge, & A. Vásquez, Entrevistadores)
- Casella, K., & Cohelo, M. (1995). *Guía para la elaboración de proyectos con perspectiva de género*. Buenos Aires, Argentina: UNICEF - Argentina.
- CCSS. (2000). El nuevo rol de la CCSS frente a las adicciones como problema de Salud Pública en Costa Rica. San José, Costa Rica: CCSS.
- CCSS. (2007). Una Caja Costarricense de Seguro Social Renovada Hacia el 2025". San José, Costa Rica: CCSS.
- CCSS. (2010). Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.
- CCSS. (2013). *Sistema Integrado de Expediente de Salud: SIESManual de Usuario*. San José, Costa Rica: Inédito.
- CENDEISSS. (2004). *Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS)*. San José, Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2006). *Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento*. Distrito Federal, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. (2004). *Tratamiento de Abuso de Sustancias y Terapia Familiar. Serie de Protocolos para Mejorar el Tratamiento*

(TIP), *Publicación No. 39 del "DHHS" (SMA) 04-3957*. Rockville, MD: Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental.

CGR. (2006). *Informe sobre el subsidio "servicios básicos para familias en pobreza" del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)*. Obtenido de http://www.google.co.cr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdocumentos.cgr.go.cr%2Fsad_docs%2F2006%2FDFOE-SO-21-2006.doc&ei=BIS9T82kDYetgwfXivBm&usg=AFQjCNEq8Bat67TnjP4o5HGJhxUBHSIo7Q&sig2=vNOaOv1UKAyjGKeFsaZrow

CGR. (2006). *Primer informe del estudio sobre la organización de los programas de asistencia y promoción social. Identificación y caracterización de los programas de asistencia y promoción social y algunas posibilidades de mejorar su integración*. San José, Costa Rica.

Chacón, M. (2005). Percepciones sociales e institucionales de la pobreza en la Costa Rica colonial: siglos XVII Y XVIII. En R. Viales, *Pobreza e historia en Costa Rica. Determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo XVII a 1950*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Chavarría, N., & Robles, K. (2008). *La influencia de los factores protectores ambientales e individuales, en el proceso de resiliencia en hombres recuperados de la adicción a sustancias psicoactivas, residentes en el cantón de San Ramón*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Chavarría, N., & Robles, K. (2008). *La influencia de los factores protectores ambientales e individuales, en el proceso de resiliencia en hombres recuperados de la adicción a sustancias psicoactivas, residentes en el cantón de San Ramón*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

COCERTRAD. (2009). *El Recurso Humano vinculado en el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Comisión del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas.

Cover, S. (2012). *Caracterización de la función familiar de los adolescentes con uso patológico de Internet en los colegios Kamuk y Liceo Julio Fonseca*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría género. Una introducción Teórico - metodológica. *Debates en Sociología*, 1-19.

- Decreto Ejecutivo N°31-110 S. (2012). *Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.*
- Diccionario de Trabajo Social.* (26 de 06 de 2014). Obtenido de <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com/>
- Edwards, G. (2011). *El Triángulo Dramático De Karpman.* Estados Unidos: Gaia Ediciones .
- Flores, P., Arroba, A., Bustamante, X., & Rojas, M. (2005). *Análisis de indicadores de género y salud. Costa Rica 2005.* San José, Costa Rica: Ministerio de Salud – OMS/OPS.
- Flores, T., & Porras, H. (1996). *Condiciones sociofamiliares intervinientes en el proceso de adicción al crack en varones adolescentes.* San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Fundación Manantiales. (2011). *Abordajes de las adicciones - Las etapas de la recuperación.* Recuperado el 18 de Setiembre de 2014, de http://www.manantiales.org/abordajes_de_las_adicciones_las_etapas_de_la_recuperacion.php
- Gallardo, H. (2002). Imaginarios sobre el pobre en América Latina. *Revista de Filosofía* , 59-70.
- García, D. (1984). *La familia del futuro: la ecofamilia.* Distrito Federal, México: Editorial Pax.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de psicología*, 71-81.
- Gonzales, O., & Magos, M. (2012). La Dinamica Familiar como Génesis de la Codependencia. *Revista de Psicología GEPU*, 263 - 281.
- González, M., Núñez, F., Sánchez, A. L., Segura, L., & Warner, K. (2007). Adicciones y abordaje social en el Hospital San Juan de Dios: Un acercamiento a la cotidianidad. *IV Congreso Internacional - VII Congreso Nacional de Trabajo.* San José, Costa Rica: Inédito.
- Groupe URD . (2009). *Manual de la participación para los actores humanitarios. Cómo mejorar la implicación de las poblaciones afectadas por las crisis en la respuesta humanitaria.* Paris, Francia: Groupe Urgence, réhabilitation, développement.
- Güel, A. J. (2013). *Organización funcional de los servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención.* San José, Costa Rica: Documento inédito.
- Guevara, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 2(5), 6-26.

- Gutiérrez, A. (2006) *La censura del debate como reflejo de un proceso penal más acusatorio: propuestas de una política criminal de corte garantista*. Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4 ed.). Mc. Graw Hill.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., & Green, L. (22 de Agosto de 2011). *¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS?* Obtenido de IntraMed: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72079>
- IAFA. (2014b). *Impacto económico del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica, 2011*. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- IAFA. (26 de 06 de 2014). *Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia*. Obtenido de Etapas del consumo de drogas: http://www.iafa.go.cr/servicios/biblioteca/sobre_drogas/etapas_consumo_drogas.aspx
- IAFA. (26 de 06 de 2014a). *Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia*. Obtenido de Etapas del consumo de drogas: http://www.iafa.go.cr/servicios/biblioteca/sobre_drogas/etapas_consumo_drogas.aspx
- INAMU. (2006). *Para sentir, pensar y enfrentar la violencia de género, intrafamiliar y sexual*. San José, Costa Rica: INAMU.
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Hogares Julio 2012: Resultados Generales*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Jiménez, M. (s.a). *Una Propuesta de Abordajes Terapéuticos Para Personas en Recuperación Por Dependencia de Sustancias Psicoactivas, en el Contexto Social Costarricense*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. España: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (1997). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Cuadernos Inacabados*. España: Horas y Horas.
- Lescouflair, E. (2009). *Comorbilidad del trastorno por consumo de alcohol en una población costarricense portadora de trastorno afectivo bipolar*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Martínez, E., & Picado, M. (2002). *Codependencia en mujeres cuyas parejas presentan patrones característicos de alcoholismo: análisis desde la teoría sistémica de la dinámica de la codependencia en la relación de pareja matrimonial y su relación con*

las características dinámicas de las fam. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Mata, E. (2010). *Política sobre Tratamiento a Personas Consumidoras de Drogas [diapositivas de power point]*. Recuperado el 09 de 10 de 2014, de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1436>

Matamoros, M. (2002). *La doctrina de seguridad ciudadana, reflexiones en torno a una política criminal*. Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José, Costa Rica : Ministerio de Salud.

Mochales, C. (s.a). *Planificar desde la perspectiva de género*. España: AECID.

Mora, C. (2005). *Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Moral, M. d., & Sirvent, C. (2007). Caracterosis en codependiente comparados con familiares control. *Artículo 8º Congreso Virtual de Psiquiatría INTERPSIQUIS* (págs. 1-14). España: Inédito.

Moral, M. d., & Sirvent, C. (2007b). Codependencia y género: análisis exploratorio de las diferencias entre los factores sintomáticos del TDS-100. *Artículo 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis* (págs. 1-19). España: Inédito.

Moral, M. d., & Sirvent, C. (2010). Codependencia y heterocontrol relacional:el síndrome de Andrómaca. *Revista Española de drogodependencias*, 120-143.

MURGIBE. (2010). *Cómo planificar un proyecto desde la perspectiva de género*. Bilbao, País Vasco: MURGIBE - Consultora para la Igualdad de Oportunidades.

OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York, Estado Unidos: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en*. Otawa, Cánada: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Ginebra, Suiza: WHO Press.

OMS. (26 de 06 de 2014). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Temas de salud. Factores de riesgo: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

ONU. (2003). Abuso de droga: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York, Estados Unidos: ONU.

- ONU. (2012). Informe Mundial sobre Drogas. Nueva York, Estados Unidos: ONU.
- OPS. (1999). El enfoque epidemiológico de riesgo en la atención de la salud. En OPS, *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno -infantil* (págs. 12-36). Washington, Estado Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2009). *Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2012). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. Washington, Estados Unidos: OPS/OMS.
- Pallares, F. (1988). Las políticas públicas: El sistema político en acción. *Revista de Estudios Políticos*.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid, España: Editorial La Muralla.
- Pittman, F. (1987). Teoría y terapia de las crisis familiares. En F. Pittman, *Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis* (págs. 25-53). Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Puerta, M. (2006). Una experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes. *Theologica Xaveriana* , 469-494.
- Ramírez, M. (2001). Terapia Familiar y Adicciones. *Revista Internacional de Psicología*, 1-9.
- Rauber, I. (2003). *Género y Poder: Ensayo-Testimonio*. Argentina: Rebelión.
- Rea, R (2007). Poder, Estado y Democracia: México y las elecciones del 2006. *Revista de Ciencias Sociales* (115), 43 - 54. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica:
- Rodríguez, R. (2005). *La investigación: una aventura del pensamiento. Técnicas de estudio y métodos de investigación*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Rojas, A., & Fernández, M. d. (2001). *Modelo de la Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción*. San José, Costa Rica: Comisión Interinstitucional: Guilá Imprenta Litografía.
- Saltzman, J. (1992). Las bases coercitivas de la desigualdad entre los sexos. En *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- Saltzman, J. (1992). Las bases voluntarias de la desigualdad del sistema de sexos. En *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.

- Sanchez, A. (2013). Cuerpos y destinos . *Revista Paquidermos*, <http://www.revistapaquidermo.com/archives/8574>.
- Servicio de Trabajo Social. (2013). Manual de la organización. Hospital San Vicente de Paúl, Caja Costarricense de Seguro Social. Heredia, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- SES. (s.a.). *Protocolo De Atención A Familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas. Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (2008-2012)*. Mérida, España: Servicio Extremeño de Salud. .
- Sitcovsky, M. (2010). Particularidades da expansao da Asistencia Social no Brasil. En A. E. Mota, *O mito da asistencia social* (págs. 147-179). Sao Pablo, Brasil: Cortez Editora.
- Spiral, F. I. (s.f.). *Programa de Intervención Familiar*. España.
- Tena, A., & Rivas, R. (2007). *Manual de investigación documental: Elaboración de tesinas*. México: Editorial Plaza y Valdés.
- Toledo, C. (21 de Agosto de 2001). Mujeres: el género nos une, la clase nos divide. *Marxismo org*, 1-16.
- Vargas, G. (2010). *Propuesta para el diseño de un Programa Interinstitucional de Atención Integral para la población de indigentes drogodependientes en el Cantón de Turrialba*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Vargas, I., Torres, R., Icaza, C., & Alvarado, M. A. (2003). *Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencias*. San José, Costa Rica: CENDEISSS.
- Vásquez, A. (2014a). Coadicción / codependencia: procesos de facilitación de la conducta adictiva [diapositivas de power point del Protocolo Ayuda sin Ayudar]. Heredia, Costa Rica: Inédito.
- Vásquez, A. (2014b). Límites, asertividad y comunicación [diapositivas de power point del Protocolo Ayuda sin Ayudar]. Inédito.
- Vasquez, A. (2014c). Resolución alternativa de conflictos [diapositivas de power point del Protocolo Ayuda sin Ayudar]. Inédito.
- Vasquez, A. (2014d). Formación del apego seguro y la forma de relacionarse [diapositivas de power point del Protocolo Ayuda sin Ayudar]. Inédito.
- Vásquez, A. (2014e). Mis responsabilidades conmigo mismo/a y con los demás [diapositivas de power point del Protocolo Ayuda sin Ayudar]. Inédito.
- Vásquez, A. (2014f). Comunicación sin violencia: Un Lenguaje de Vida [diapositivas de power point del Protocolo Ayuda sin Ayudar]. Inédito.

Vásquez, A. (2014g). *Informe de evaluación: Proyecto Ayuda sin Ayudar*. Heredia, Costa Rica: Inédito.

Villegas, O., Castillo, A., Montero, D., Holthuis, K., Álvarez, A., Freer, J., y otros. (2003). *Bases para la Atención Médica Integral*. San José, Costa Rica : Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).

Viquez, M. (2012). *Programa educativo en habilidades sociales desde la autoexpresión en arteterapia para la prevención de adicciones en adolescentes de un colegio semiprivado del área metropolitana*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

ANEXOS

Anexo #1: Boleta de inscripción al grupo socioterapútico “Ayuda sin Ayudar”



Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital San Vicente de Paul -Heredia
Trabajo Social

Boleta de inscripción al grupo socio terapéutico “Ayuda sin ayudar”

Nombre completo: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Escolaridad: _____ Teléfono(s): _____

Parentesco /relación la persona adicta: _____

Marque con “X” SI o NO según corresponda. Al final del cuestionario sume los puntos en cada una de las columnas.

Pregunta	NO	SI
1. ¿Ha sido la relación con su familia poco afectuosa, le han dado escasas muestras de cariño, se han preocupado suficientemente por usted cuando era pequeño/a?	0	1
2. ¿En las relaciones con la persona adicta, usted ha asumido intencionadamente un papel sumiso o vive exclusivamente para la otra persona?	0	1
3. ¿Podría pensar su vida sin la relación con la persona adicta? ¿Es ella/él un elemento absolutamente necesario para usted?	1	0
4. ¿Han resultado ser ofensivas, frías y arrogantes las personas con las que ha establecido relaciones significativas (Padres, pareja, hijos/as, amigos/as)?	0	1
5. ¿Considera que sus relaciones más importantes han sido generalmente desequilibradas, es decir, usted ha aportado mucho más que la otra persona?	0	1
6. ¿Es necesario para usted saber algo de la persona adicta, tener contacto continuamente con esta para no desesperar?	0	1
7. ¿Si usted detectara de manera prolongada una falta de cariño, desprecios y humillaciones, rompería su relación con la persona adicta?	1	0
8. ¿Mientras he estado en contacto con la persona adicta he tenido el tiempo y las ganas suficientes como para no descuidar mis familiares, amistades o mis responsabilidades.	1	0
9. Me ilusiono en exceso al principio de una relación (de amistad de pareja), muchas veces sin apenas conocer a la otra persona.	0	1
10. He aceptado o aceptaría cualquier cosa con tal de no romper mi relación con la persona adicta.	0	1
11. He suplicado a mis antiguas parejas reanudar la relación, aunque éstas ya	0	1



tuvieran una nueva o me hubieran manifestado rotundamente su negativa a hacerlo.		
12. He padecido en ocasiones problemas muy serios de ansiedad o depresión, relacionados con miedo a la pérdida de la relación con la persona adicta o con ciertas actitudes de esta en el transcurso de la relación, teniendo síntomas como gran nerviosismo, tristeza profunda, llanto, pérdida generalizada de ilusión, disminución de peso, insomnio, etc.	0	1
13. Prefiero estar solo/a antes que mal acompañado/a, en lo que se relaciona con la persona adicta.	1	0
14. No he sufrido nunca problema alguno con la comida (atracones, vómitos provocados, restricción drástica y desproporcionada de la alimentación).	1	0
15. Necesito gustar a toda costa a cualquier persona, caerles bien, de lo contrario me preocupo y me entristezco mucho.	0	1
16.- Tengo una autoestima mínimamente adecuada, creo que tengo un concepto aceptable de mí mismo y me valoro correctamente como persona. Soy digno/a de ser querido/a por otras personas.	0	1
SUMA		

Puntaje total: