

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



**Memoria del Seminario de Graduación para optar por el Grado de
Licenciatura en Trabajo Social**

*La respuesta brindada por el Estado costarricense al ejercicio de los derechos de
la población adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política
pública en el período 2000- 2012*

Sustentantes:

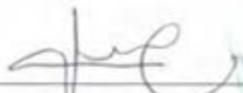
Lizeth Arce González A60453
Ana Laura Bolaños Sanabria A71044
Yuliana Zamora Villalobos A77195

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica

2013

**La respuesta estatal al ejercicio de los derechos de la población
adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política
pública en el período 2000 al 2012**

Trabajo Final de Graduación sometido a consideración de la Escuela de
Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, para optar por el grado de
Licenciatura en Trabajo Social.



Lizeth Arce González

Sustentantes:

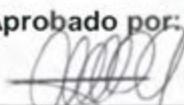


Ana Laura Bolaños Sanabria



Yuliana Zamora Villalobos

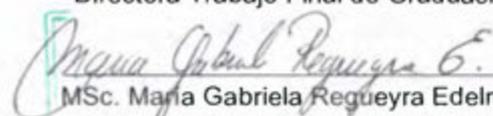
Aprobado por:



MSc. Carmen María Marín González
Presidenta Tribunal Examinador



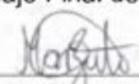
Dra. Irene Brenes Solórzano
Directora Trabajo Final de Graduación



MSc. María Gabriela Regueyra Edelman
Lectora Trabajo Final de Graduación

(NO SE PRESENTÓ)

Licda. Ana Jarquín Pardo
Lectora Trabajo Final de Graduación



Licda. Marcela Zúñiga Coto
Lectora Invitada

Dedicatorias

Existen dos personas en mi vida que sin duda han marcado mi camino, la primera ha estado siempre, la mejor consejera y la más sabia mujer que conozco mi mamá, porque sin su apoyo económico y el más importante emocional no hubiese logrado estar donde estoy. La segunda llega a mi vida en un momento duro de mi carrera profesional, sin embargo, me enseñó a dividir mi tiempo y a priorizar entre lo realmente importante y necesario, mi hija llanita, agradezco su presencia en cada situación difícil, porque a pesar de haber tenido momentos complicados, su carita y sus palabras dulces me recordaban lo importante y valioso de continuar y lograr esta meta.

A ambas, mis motores... sin pensarlo dedico este esfuerzo...

LIZ

A Ma y Pa por darme lo necesario para sentirme feliz y orgullosa de ser quien soy. A Gabriele y Luis por ser el claro y perfecto ejemplo de hermanxs incondicionales. A Vero por “asumir el papel” en los momentos críticos y siempre estar ahí.

A mis amigxs, mi familia escogida (de la vida, el Cole, la U: TS-Bonus Vitae-Voluntariado) por ser EL soporte emocional a lo largo de los años, por hacerme aprender de las alegrías y de los momentos difíciles, por todas las historias vividas, y las que faltan por vivir.

Gracias por “todo lo visible y lo invisible”.

ANA LAU

Un sueño, un esfuerzo y un logro que se concretiza gracias a “ellos y ellas”, quienes cultivaron en mi interior la necesidad de redescubrirme y me demostraron que la vida se conforma por páginas en blanco, capítulos inconclusos y esperanzas de guiones distintos. Viviendo con la gallardía de un(a) adulto(a) pero soñando con la ingenuidad de un(a) niño(a), ilusiones robadas y olvidadas por el tiempo y por una sociedad que no respeta ni siquiera sus ganas de vivir. Siempre en mi memoria y en mis travesías mas no en mi vida, los(as) extraño Piter, Dania, Chiqui, Dayi, Hombre Araña, Bryan, Stanley, Pablo, y a quienes forjan parte de su historia en el lugar donde los(as) conocí. Ustedes constituyen la razón primordial de las págs. escritas a continuación.

YULI

Agradecimientos

Este proceso me permitió conocer realmente a dos personas, por esto mi agradecimiento es a ellas; mis amigas, colegas, compañeras, a ambas agradezco profundamente la comprensión durante todo el proceso de acuerdo a las particularidades propias de mi condición de madre, sin su apoyo no lo hubiese logrado.

Ana Lau: lo mejor de este proceso tan complicado fue obtener su amistad, recordaré por siempre cada conversación, cada mensaje a media noche, cada palabra de aliento y lo más importante el estar siempre ahí, una amistad como la suya deseo conservarla por siempre.

Yuli: gracias por todo lo compartido bueno y malo, de usted aprendí muchísimo en todos los aspectos de mi vida, gracias por animarse a emprender este viaje juntas, realmente me siento muy satisfecha de todo lo alcanzado.

A las dos les deseo lo mejor, estoy segura de que serán profesionales críticas, comprometidas y exitosas. Las quiero mucho...

LIZ

Al Comité Asesor por el acompañamiento, e impulsarnos a realizar un trabajo que nos permitió obtener la Distinción de Honor.

A las y los profesionales e Instituciones que desinteresadamente brindaron sus valiosos aportes para la realización de la investigación.

A las y los profes de la Escuela de Trabajo Social de la UCR, especialmente a quienes fomentan una visión crítica de la sociedad y la necesidad de germinar transformaciones urgentes.

Por último, GRACIAS LIZ Y YULI ya que compartir este proceso con ustedes significó un gran aprendizaje en todos los niveles posibles. Pude encontrar no solo compañeras de trabajo, sino también a excelentes profesionales y personas. Por la amistad cultivada que ojalá continúe, por los momentos de estrés durante el millón de horas entre aulas de sociales y bibliotecas, por las actividades “extra-TFG”, y por las risas inolvidables que perdurarán gratamente en mi memoria. Las quiero un montón Nenas!

ANA LAU

A mi madre y padre, mis motores de sueños y mis promotores de vida, siempre tuvieron las palabras certeras, el silencio cómplice y las madrugadas compartidas.

A mi hermana, la personificación del apoyo incondicional y la grandeza de sus miradas tiernas, por quererme y aceptarme, tal y como soy.

A mi padrino, doy gracias a la vida por regalarme dos padres, nunca necesitaste abrumarme de palabras para trasmitirme ese amor inmenso que albergas por mí.

A Tefi (mma), cualquier persona desearía conocer eso que comúnmente denominan verdadera amistad y poseo la certeza de que únicamente llegarán a vivirlo, si algún día tienen el privilegio de conocerte. A Dani, no escogí que fueras mi prima, pero elegí que te transformaras en mi otra hermana. A ET, por entregarse apasionadamente y sin restricciones a la vida, por confiar y creer en mí cuando yo misma dudaba de ello, por enseñarme que aún quedan personas que valen la pena conservar. A Tano, por aparecer en mi vida en el momento oportuno, por depositar en mí la seguridad de arribar cada día con la convicción de

ser mejor persona, me devolviste las ilusiones y me convertiste en una mejor mujer.

A mis amigos y amigas, compañeras (mis nenas U), familia y demás personas que contribuyeron, contribuyen y contribuirán a forjar mi singularidad (cabe agregar al grupo de apoyo “psicosocial”, “emocional” y “experimental”, un sinnúmero de anécdotas junto a ustedes, gracias por esas respuestas oportunas a las crisis).

En particular, a Liz -por supuesto a su hija hermosa Ilanna, mi sobrina adoptada- y a Ana Lau por constituirse en “mis nenas” de historias de cualquier índole y por culminar este proceso a mi lado, más que colegas, mis amigas.

Al Comité Asesor por emprender este viaje representando esa guía constante, mi exigencia personal y profesional se acompañó de la direccionalidad y la experiencia aportada por cada una de ustedes.

Gracias a todas mis personas importantes y significativas -quienes estuvieron, están y/o estarán-, la materialización de un sueño en el que confluyen todos los momentos vividos y las historias compartidas.

YULI

Índice General

Índice de Cuadros	xii
Índice de Gráficos	xiii
Índice de Figuras.....	xiv
Lista de Abreviaturas	xv
Resumen Ejecutivo	xvii
Introducción.....	1
Justificación.....	4
Capítulo I: Estado del Conocimiento	11
1.1 Farmacodependencia, Adolescencia, Derechos y Políticas Públicas en la producción investigativa.....	12
1.1.1 Punto de partida teórico: conceptualización sobre farmacodependencia	12
1.1.2 Adolescencia y Derechos	14
1.1.3 Políticas públicas	16
1.2 El consumo de drogas en la adolescencia.....	18
1.3 Estrategias y respuestas estatales: programas y proyectos vinculados a la temática	25
1.4 El abordaje del objeto desde Trabajo Social.....	29
1.5 Balance de hallazgos del Estado del Conocimiento	33
Capítulo II: Planteamiento del Problema y Estrategia Metodológica.....	37
2.1 La cuestión del método.....	37
2.2 Tipo de estudio	41

2.3 Problema y objeto de estudio	41
2.4 Dimensiones del objeto de investigación	42
2.4.1 La dimensión temporal	42
2.4.2 La dimensión espacial/institucional.....	43
2.5. Objetivos	44
2.5.1 Objetivo general.....	44
2.5.2 Objetivos específicos	45
2.6. El proceso de investigación	45
2.6.1 El diseño de la investigación	45
2.6.2 Categorías analíticas	47
2.6.3 La recolección de la información: técnicas e instrumentos.....	49
2.6.4 El análisis de la información	60
2.6.5 Limitaciones encontradas para el desarrollo de la investigación	62
Capítulo III: Marco Teórico-Conceptual.....	64
3.1 Premisa 1	65
3.1.1 Enfoque Ético-Jurídico.....	70
3.1.2. Enfoque Médico-Sanitario	72
3.1.3. Enfoque Geopolítico-Estructural	74
3.1.4. Concepción de farmacodependencia que fundamenta y guía la investigación.....	76
3.2 Premisa 2.....	79
3.2.1. Concepciones sobre Derechos Humanos	79
3.2.2. Concepciones sobre Adolescencia.....	82

3.3 Premisa 3.....	89
3.4 La respuesta del Estado frente a los derechos de los(as) adolescentes en farmacodependencia: criminalizar y desproteger.	94
Capítulo IV: Contexto	100
4.1 Fenómeno droga: la farmacodependencia	100
4.2 Situación de la Farmacodependencia en la Población Adolescente Costarricense.....	107
Capítulo V: Análisis de la política pública desde las instituciones y organizaciones vinculadas con los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia.....	134
5.1 La colocación en la agenda política: La temática adquiere relevancia a nivel nacional	137
5.2 Formulación de la política: Marco Conceptual y Marco Legal.....	151
5.2.1 Marco Conceptual: Puntos de partida para estructurar las acciones... ..	151
5.2.2 Marco Legal y Normativo: amparo y sustento de las acciones implementadas para el abordaje de la temática	191
5.3 Ejecución de la política: Marco programático para la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia	206
5.3.1 Breve recapitulación de los principales programas y proyectos impulsados en el área de prevención del consumo de drogas	212
5.3.2 Programas y Proyectos direccionados a la atención de la población adolescente farmacodependiente.....	221
5.4 Evaluación de la política	266
Capítulo VI: Desafíos que se le presentan a Trabajo Social en su inserción en procesos vinculados con la atención de la población adolescente	

farmacodependiente: Una mirada a su participación en la incidencia de la protección de sus derechos	267
6.1 Trabajo Profesional: Labores asumidas por la o el profesional vinculadas con la atención de la población adolescente farmacodependiente.....	268
6.2 Incidencia del quehacer profesional en la protección y la restitución de los derechos de esta población	280
6.3 Dilemas y Desafíos	288
Capítulo VII: Conclusiones y Recomendaciones.....	311
7.1 Conclusiones	311
7.2 Recomendaciones	324
Referencias Bibliográficas.....	331
Anexos	360
Anexo No. 1: Lista de los Trabajos Finales de Graduación consultados en el proceso de investigación, 2013	361
Anexo No. 2: Matriz analítica	367
Anexo No. 3: Guías de Entrevista semi-estructurada para profesionales en Trabajo Social de las diferentes instituciones y/u organizaciones	371
Anexo No. 4: Guía temática para la revisión documental	380
Anexo No. 5: Guía para el análisis de las entrevistas semi-estructurales.....	381
Anexo No. 6: Descripción de la génesis y la misión de las principales instituciones estatales involucradas en la política pública en farmacodependencia según fases, Costa Rica, 2013.....	382
Anexo No. 7: Descripción de la génesis de las ONG's orientadas a la atención de la población adolescente en farmacodependencia, Costa Rica, 2013.....	391

Anexo No. 8: Deberes y obligaciones del Estado en relación con la temática de drogas y adolescencia, presentes en los principales instrumentos jurídicos a nivel nacional según su año de aprobación	393
--	-----

Índice de Cuadros

Cuadro No. 1: Síntesis de la Reconstrucción del Proceso de Recolección de la Información sobre el aporte de la política pública al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia, 2013	50
Cuadro No. 2: Principales programas gubernamentales orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, Costa Rica, 2013..	235
Cuadro No. 3: Principales programas no gubernamentales orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, Costa Rica, 2013	241

Índice de Gráficos

Gráfico No. 1: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de tabaco en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.	114
Gráfico No. 2: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.....	115
Gráfico No. 3: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de marihuana (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.....	116
Gráfico No. 4: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de marihuana en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.	117
Gráfico No. 5: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de las principales drogas ilícitas en población adolescente para el año 2009, Costa Rica.	119
Gráfico No. 6: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de las principales drogas ilícitas en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica (cifras porcentuales).	128
Gráfico No. 7: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de tabaco en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica	129
Gráfico No. 8: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica (cifras porcentuales).	130

Índice de Figuras

Figura No. 1: Participación de los actores según las fases de la Política Pública....	136
Figura No. 2: Ordenamiento Jurídico en Costa Rica, 2013.....	193
Figura No. 3: Instrumentos jurídicos internacionales que sustentan el accionar en relación con las drogas y los derechos de los(as) adolescentes.....	194
Figura No. 4: Principales programas direccionados a la prevención del consumo de drogas, Costa Rica.....	211
Figura No. 5: Principales programas orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, Costa Rica.....	232
Figura No. 6: Labores asumidas por Trabajo Social en cuanto a su inserción en procesos de atención dirigidos a población adolescente en condición de farmacodependencia.....	270

Lista de Abreviaturas

ACNUDH-ONU	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAID	Centro de Atención Integral en Drogas
CAJ	Centro Adulto Joven
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENADRO	Centro Nacional de Prevención contra Drogas
CENCINAI	Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral
CFJZ	Centro de Formación Juvenil Zurquí
CICAD-OEA	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIDENAF	Centro de Información y Documentación en Educación, Niñez, Adolescencia y Familia
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia
COJ	Centro Oportunidades Juveniles
CONADRO	Consejo Nacional sobre Drogas
CORBANA	Corporación Bananera Nacional
CREAT	Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos de Tirrases
CSA	Comisión Sobre Alcoholismo
DUSI	Drugs Use Screening Inventory
EDNA	Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
AyA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
ICD	Instituto Costarricense sobre Drogas
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INSA	Instituto Nacional sobre Alcoholismo
MEP	Ministerio de Educación Pública
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MINSA	Ministerio de Salud
MJP	Ministerio de Justicia y Paz
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIJ	Organización Iberoamericana de Juventud
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
PDEIT	Programa de Prevención, Detección e Intervención Temprana del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el Medio Educativo
PME	Población Menor de Edad / Persona(s) Menor(es) de Edad
PNNA	Política Nacional de Niñez y Adolescencia
PNH	Programa Nuevos Horizontes
PNS	Política Nacional de Salud

PSSAA	Programa Sanciones Alternativas
PRIDENA	Programa Interdisciplinario de Estudios y Acción Social de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia
PRODECO	Programa de Desafíos Contextuales
SNC	Sistema Nervioso Central
TFG	Trabajo Final de Graduación
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (Siglas en Inglés, United Nations Population Fund)

Resumen Ejecutivo

Referencia bibliográfica:

Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013). La respuesta estatal al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política pública en el período 2000 al 2012. Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José, Costa Rica.

Directora del Seminario de Graduación: Dra. Irene Brenes Solórzano.

Unidad Académica: Escuela de Trabajo Social.

Palabras claves: derechos, adolescencia, farmacodependencia, políticas públicas, respuesta estatal, Trabajo Social.

La investigación parte de un análisis histórico-crítico, desde el cual se pretende ahondar en la respuesta que brinda el Estado costarricense al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia. Lo que implica comprender las condicionantes contextuales (políticas, sociales, económicas y culturales) que permean y determinan el abordaje que se realiza desde las diferentes instituciones y organizaciones -las cuales operacionalizan los programas y proyectos orientados a la atención de dicha población-, como actores claves en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas.

Al ser la realidad dinámica y cambiante, su aprehensión no puede darse de forma lineal, razón que condujo a que para el abordaje de la política pública

comprendida durante el período 2000-2012, se contemplaran las categorías del método dialéctico (proceso ida y vuelta basado en la totalidad, historicidad y contradicción), lo que posibilitó un constante acercamiento al objeto de estudio.

La farmacodependencia se comprende como parte del fenómeno droga -el cual engloba otras aristas como la producción y la comercialización-, caracterizado por ser complejo y multicausal. El inicio del consumo de sustancias se da en edades cada vez más tempranas, siendo las drogas lícitas la “puerta de entrada” hacia una posible dependencia, influyendo diversos factores como los sociales (familiares, grupo de pares, medios de comunicación), psicológicos, culturales, económicos, entre otros.

El análisis se ubica en el marco de una sociedad costarricense regida por un sistema capitalista en su fase neoliberal, en la cual se identifican múltiples mediaciones y contradicciones que repercuten tanto en las condiciones de vida de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia -vulnerando sus derechos, por las relaciones desiguales de este modo de producción-, así como en el accionar de las instituciones que llevan a cabo los procesos de trabajo orientados a la atención de dicha población, que se enfrentan a la reducción estatal en el “gasto” social característico de este sistema.

Por tanto, adquiere relevancia el análisis de los diferentes programas y proyectos (fundamentados en su mayoría bajo una concepción médico-sanitaria para la comprensión del fenómeno droga) ejecutados por las principales instituciones estatales y no gubernamentales abordadas según su nivel de participación en la política, la cual a su vez, se caracteriza por ser incongruente, desarticulada y proyectada a corto plazo. Se destaca el papel preponderante que han asumido las ONG’s en la atención, ante la delegación de funciones por parte del Estado.

A pesar del establecimiento de una normativa legal -nacional e internacional- que estipula los deberes del Estado para la protección y garantía de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, en la práctica se evidencia que los lineamientos no se cumplen a cabalidad.

En este panorama, se coloca a la profesión de Trabajo Social como mediadora entre las políticas emanadas del Estado, para dar respuesta a la creciente demanda de los servicios de tratamiento. Su quehacer se encuentra permeado por una serie de condiciones que determinan los procesos de trabajo desarrollados con la población, aludiendo a su reciente vinculación a estos procesos; razón por la que el abordaje integral de los derechos se torna en un desafío constante ante la escasa oferta de servicios y los limitados recursos. Aunado a esto, los programas en la temática no poseen un marco conceptual que comparta una visión sobre derechos humanos, el cual direcciona y cohesione las acciones gestadas (caracterizadas por ser selectivas y focalizadas), lo que a su vez, genera una serie de retos para el trabajo profesional.

Introducción

El presente Trabajo Final de Graduación (TFG) relativo al análisis de la respuesta estatal al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia, a partir de la política pública impulsada en el período 2000 al 2012, constituye el producto académico desarrollado por las sustentantes bajo la modalidad de Seminario de Graduación¹ para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.

La finalidad consistió en desarrollar un análisis de la respuesta del Estado costarricense frente los derechos de dicha población, sujeta de la política pública, la cual se materializa por medio de programas y proyectos impulsados y/o ejecutados por diferentes instituciones, tanto estatales como no gubernamentales, relacionadas con la farmacodependencia.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, se hizo un acercamiento a la gama de particularidades que se presentan por la interacción de los diferentes actores involucrados en la atención de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, teniendo claro que la realidad sufre constantes transformaciones, al estar permeada de condiciones y mediaciones sociales e históricas, que se ponen de relieve desde un abordaje histórico-crítico de la investigación.

¹ “El Seminario de Graduación es una actividad académica realizada por un grupo de estudiantes no menor de tres y ni mayor de seis quienes, mediante su participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, se familiarizan con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos, bajo la guía del director del trabajo culmina en un trabajo escrito llamado Memoria que podrá ser individual o colectiva, pero en tal caso se debe distinguir la participación de cada uno de los estudiantes” Universidad de Costa Rica. (1980) Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, artículos 11 y 12, San José.

Esta Memoria se inicia con: la introducción y la justificación del tema, y posteriormente, en siete capítulos se desarrolla el proceso de investigación.

El capítulo I sintetiza el Estado del Conocimiento producido, a partir del análisis de los TFG realizados en Costa Rica, durante el período del 2000 al 2012 en torno a las temáticas seleccionadas para el acercamiento al objeto de estudio. En éste se develan los hallazgos, los aportes y los vacíos que permitieron caracterizar el eje central de investigación.

El capítulo II presenta la estrategia de investigación, desde el posicionamiento epistemológico hasta la descripción del proceso “ida y vuelta” seguido para la construcción del conocimiento.

El capítulo III contempla los referentes conceptuales, desarrollados por medio de premisas que condensan las categorías teóricas centrales para el análisis, y que sustentan el objeto y problema de investigación planteados. Las categorías seleccionadas para la construcción de las premisas fueron: Estado, Políticas Públicas, Farmacodependencia, Derechos Humanos, Adolescencia y Trabajo Social.

El capítulo IV describe el escenario en el que se expresa la situación de la farmacodependencia -tanto a nivel nacional como internacional-, particularmente en adolescentes, así como las estrategias de intervención social y gubernamental frente a la misma.

El capítulo V refiere a la política pública en farmacodependencia, tomando en cuenta sus referentes conceptuales, normativos y programáticos, desde la participación de los diferentes actores (instituciones y organizaciones) en el ciclo de la política (entrada en agenda, formulación, ejecución y evaluación).

El capítulo VI incluye el análisis del quehacer profesional de Trabajo Social en la protección y la restitución de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia, en su inserción en los procesos de trabajo vinculados con la atención de dicha población. Lo que permitió la identificación de los principales conflictos, contradicciones, dilemas y desafíos que se le presentan a la profesión.

En el capítulo VII se plasman las conclusiones y las recomendaciones que apuntan hacia los desafíos del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, a partir del conocimiento generado por esta investigación.

Por último, se presentan los referentes bibliográficos de las fuentes de información que dieron el sustento a la investigación, los anexos en los que se incluyen las matrices de los TFG consultados para la elaboración del Estado del Conocimiento, así como los instrumentos metodológicos utilizados.

Justificación

El fenómeno droga en Costa Rica se ha convertido en un tema de agenda pública, éste se caracteriza por ser multicausal y abarcar tres grandes aristas y/o dimensiones: la producción, la comercialización y el consumo de sustancias psicotrópicas, esto producto de que las drogas adquieren el rango de mercancía dentro del modo de producción capitalista.

A raíz de ello, se advierte una tendencia al incremento no sólo del “fenómeno” sino también de la vinculación de diversas poblaciones, en especial de los(as) adolescentes, a alguna o todas sus dimensiones. Por tanto,

Las cifras de consumo local, aunque relativamente bajas al compararlas con los promedios mundiales persisten como inaceptables pues ciertamente tienen un potencial de crecimiento elevado en una sociedad como la costarricense con elevados índices de problemas por el consumo de sustancias lícitas (IAFA, 2006a, p.75).

Aunque las cifras de consumo nacional se mantienen bajas en comparación con países de América Latina², se enfatiza en que la farmacodependencia se ha constituido en un “problema de salud pública”, no obstante, el Estado ha destinado un alto porcentaje del “gasto” público al abordaje del fenómeno, enfocado más al ámbito de la criminalización y narcotráfico que a la prevención y al tratamiento de las personas consumidoras y farmacodependientes, “(...) En este sentido, los ejes de acción en las propuestas sectoriales con competencia en el tema buscan mejorar la respuesta del país ante el fenómeno de las drogas y actividades conexas, en especial del narcotráfico” (MIDEPLAN, 2010, p.68).

² La información se detalla a mayor profundidad en el capítulo correspondiente al contexto de la situación de la farmacodependencia en Costa Rica.

Tal abordaje por parte del Estado costarricense ha seguido parámetros y directrices establecidas por organismos internacionales, tal es el caso de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA), las cuales han liderado una ardua batalla en contra del narcotráfico y han promulgado diversos convenios y tratados, mismos que Costa Rica ha firmado y/o ratificado. Situación que desestima la importancia del abordaje de las drogas lícitas (como el alcohol y el tabaco), causantes de mayores implicaciones a nivel físico, social y económico.

El fenómeno de las drogas [...] es un problema de salud pública que afecta el índice de desarrollo humano y, de los costos que implica para los países otorgar atención a las personas drogodependientes, es que los organismos internacionales, rectores en la materia, desde hace varias décadas decidieron establecer estrategias mundiales para el abordaje integral de esta problemática (ICD, 2007, p.20).

No obstante, el énfasis que se le ha dado a la comercialización de las drogas ha provocado que se relegue la prevención del consumo y la atención de la farmacodependencia, aspecto que origina políticas desarticuladas y ausentes de un contenido que parta de las necesidades específicas de las poblaciones dependientes de alguna(s) sustancia(s). Tal es el caso de aquellas acciones que se vinculan con los(as) adolescentes, “(...) Estudios recientes sobre la implementación de políticas sobre niñez y adolescencia en América Latina y el Caribe han evidenciado un gran vacío entre el texto de las políticas y su puesta en práctica” (IAFA, 2006b, pp.83-84).

Históricamente, a la población adolescente se le ha minimizado e invisibilizado, debido a que desde la perspectiva del capitalismo, se le conceptualiza como población inactiva, ya que la productividad se valora por la

posibilidad de generar ingresos. Otra de las razones es el adultocentrismo, construcción social que legitima el poder absoluto de las personas adultas sobre los(as) niños(as) y los(as) adolescentes, por lo cual se le resta importancia a las necesidades y/o decisiones de los(as) adolescentes, ya que se observa como una etapa de transición, en la que no se tiene la capacidad ni la madurez para la toma de decisiones.

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada³, es durante la adolescencia que se da una mayor incidencia de personas que incursionan en el consumo de drogas; por lo que surge la necesidad de investigar sobre la temática de la farmacodependencia vinculada a esta etapa, para de ese modo, aportar a la comprensión acerca de la necesidad de desarrollar políticas específicas para esta población; las cuales, partan de su cotidianidad e integren sus necesidades e intereses.

Pese a que en el país ha habido avances significativos en esta materia, la evaluación de las políticas nacionales (MJCD-OIJ, 2007) ha reiterado concebir al joven como persona integral que tenga un lugar protagónico en todo el ciclo de las políticas (desde el diseño y formulación, hasta la ejecución y evaluación), fortalecer a las instituciones para la operacionalización, programación y evaluación de las políticas y gestar una cultura de sistematización de procesos, así como determinar cuáles experiencias son positivas para aprender de ellas (IAFA, 2006b, p.85).

Según el CNNA et al. (2008), la Evaluación Nacional de Políticas Públicas de Juventud, señaló que en el tema de “uso y abuso de drogas” se presentaron 36 programas, proyectos o servicios en una década (1996-2006), sin embargo, la

³ Dicha revisión contempla documentos de diversa índole: trabajos finales de graduación, artículos, revistas, libros, investigaciones epidemiológicas y estudios del IAFA, entre otros.

mayoría de éstas fueron de corto plazo y de bajo impacto; lo que evidencia -que para esta temática- no ha existido una respuesta institucional eficaz, pese a que el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas va en aumento y su inicio se da en edades más tempranas debido a la situación de mayor vulnerabilidad para este grupo etéreo. Tal afirmación se refleja en el Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012, en el cual se señala que:

El incremento en el consumo de sustancias psicoactivas es confirmado por el aumento de casos en poblaciones específicas como: las que solicitan atención en hospitales públicos, clínicas privadas y Organizaciones No Gubernamentales (ONG"s), las personas privadas de libertad, las personas menores de edad en alta vulnerabilidad social y la población laboral (ICD, 2007, p.24).

Tal condición de vulnerabilidad se agudiza en el actual contexto neoliberal, en el cual se visualiza la paradoja que existe entre la reducción del presupuesto destinado tanto al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) como al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) -principales instituciones gubernamentales rectoras e interventoras en esta temática-, y la proliferación de las instituciones privadas dedicadas a la atención de la farmacodependencia.

Por ello, una investigación orientada al análisis de la respuesta estatal en relación con el ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia, sujeta de la política pública, adquiere relevancia tanto a nivel nacional como académico.

Para lograr impactar el consumo de sustancias psicoactivas se deben realizar acciones tanto en promoción de la salud, como en prevención y atención de las personas afectadas. Estas acciones deben dirigirse a la

población en general independientemente de su edad, sexo y género. Se necesita priorizar, en forma integrada, acciones para niños, niñas, adolescentes y personas jóvenes, ya que ésta es la población que está mayormente expuesta (IAFA, 2006b, p.7).

Desde Trabajo Social, se destaca la importancia de reconocer la vinculación que ha tenido la profesión con la población adolescente, en los distintos niveles de la política pública (entrada en agenda, formulación, ejecución y evaluación) en materia de farmacodependencia, para establecer su incidencia en la exigibilidad y cumplimiento de los derechos de dicha población.

Aunque desde la formación profesional, la adolescencia y la farmacodependencia no son abordados en su complejidad, se encuentran espacios laborales en donde Trabajo Social se inserta en procesos afines directamente relacionados con las políticas dirigidas a dicha población. Una muestra de ello, es la participación de la Escuela de Trabajo Social en la Coordinación del Programa Interdisciplinario de Estudios y Acción Social de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (PRIDENA), el cual es un espacio de producción, transferencia y divulgación de conocimientos en materia de niños(as) y adolescentes.

Así, en el 2011 se elaboró el VII Informe del EDNA, el cual se enmarca en los seis ejes de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (PNNA-2009-2021), misma que

(...) plantea que toda política del Estado, en los cuatro niveles [políticas sociales básicas, políticas de bienestar social, política de protección especial y política de garantías], debe tener como referente el enfoque de derechos para constituir espacios dirigidos a generar y fortalecer la

ciudadanía activa basada en el respecto a los derechos humanos (CNNA et al., 2011, p.58).

Al constituirse el EDNA en un instrumento en el cual se recapitula lo concerniente a la materia de derechos de niñez y adolescencia, se torna transcendental mencionar, que el “Capítulo 3: El derecho de las personas menores de edad a la salud integral: una mirada desde la seguridad ciudadana, la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas”, retoma la situación de la farmacodependencia en esta población así como la importancia de formular y garantizar políticas enfocadas a la protección de sus derechos, enfatizando en la promoción de la salud.

Complementariamente, la Escuela de Trabajo Social ha impulsado el Programa Desafíos Contextuales (PRODECO), por medio de los distintos núcleos que articulan la docencia, la investigación y la acción social. De este modo, el análisis de la farmacodependencia se ubica dentro del núcleo denominado “Del deterioro de la salud, a la salud integral”, el cual enfatiza en que la complejidad de las relaciones económicas, sociales, culturales, políticas y el deterioro ambiental impactan en las condiciones de vida y de trabajo de la población costarricense, repercutiendo en el deterioro de la salud. Dicha vinculación se vislumbra a partir de la revisión y análisis de las distintas investigaciones abordadas en el estado del arte, así como el establecimiento de la farmacodependencia -desde las instituciones y organizaciones- como un problema de salud pública y su contemplación como enfermedad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades aprobado por la OMS, décima versión (CIE-10).

A partir de lo anterior, se hace evidente la importancia que tiene la elaboración de investigaciones en relación con la temática de farmacodependencia en la formación profesional, con el fin de ampliar el compromiso social con la población adolescente y, crear una cultura de exigibilidad y respeto de sus derechos, como una expresión del compromiso ético político de la profesión, así como de la Universidad de Costa Rica.

Un eje de las dimensiones ética y política de la profesión, lo constituye el desenvolverse dentro del contexto neoliberal e inclusive trabajar con sus recursos, para imprimir una direccionalidad diferente que corresponda a un proyecto societario más equitativo y en búsqueda de la transformación, defendiéndose el carácter universal y democrático de las políticas mediante la exigibilidad de los derechos humanos.

Capítulo I: Estado del Conocimiento

Con el objeto de reconocer el avance en el estado del conocimiento sobre los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, así como la política pública en esa materia, se realizó una investigación sobre los Trabajos Finales de Graduación (TFG) y otros estudios disponibles en los Sistemas de Bibliotecas de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad Nacional. Se seleccionaron estudios realizados a partir del año 2000 hasta el 2012 y se extrajeron los aportes más relevantes para el tema de estudio. Se identificaron y analizaron 25 TFG, de las siguientes profesiones: Trabajo Social (8), Enfermería (4), Sociología (3), Psicología (3), Educación (3), Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas (2), Administración Pública (1), y Ciencias Políticas (1).

Cabe destacar que se consultaron otras investigaciones, las cuales permitieron tener un mayor acercamiento al tema y aprehender elementos que exceden los objetivos de la presente investigación, por lo cual fueron revisadas y analizadas, pero no se incorporaron al Estado del Arte. En el Anexo No. 1 se incluye un resumen bibliográfico de los informes de los TFG consultados y analizados, y en el Anexo No. 2 se adjunta la ficha analítica de las investigaciones que aportaron en forma directa a este trabajo.

Seguidamente, se presentan las principales contribuciones obtenidas en los cuatro ejes analíticos de interés para esta investigación, a saber: Farmacodependencia, Adolescencia, Derechos y Políticas Públicas. Se presenta un panorama general de la producción investigativa, para luego centrarse en los hallazgos relativos a la relación entre dichos ejes.

1.1 Farmacodependencia, Adolescencia, Derechos y Políticas Públicas en la producción investigativa

1.1.1 Punto de partida teórico: conceptualización sobre farmacodependencia

En un primer momento, se debe señalar que la farmacodependencia ha sido concebida históricamente como un asunto de salud pública, ya que las principales concepciones sobre ésta, refieren al factor salud. No obstante, algunos(as) autores(as) con el paso del tiempo se han preocupado por trascender la visión salubrista e incorporar en el abordaje de la farmacodependencia otros aspectos asociados con la vida de las personas consumidoras, que superen esta visión y que de la misma manera inciden y/o repercuten en sus condiciones de reproducción.

Teniendo en cuenta lo anterior, la mayoría de los TFG analizados, colocan como referente conceptual a la OMS, espacio desde el cual se analiza el origen de las drogas y su clasificación. Tal es el caso de Chaverri (2003) quien nutre su estudio sobre el uso de las drogas en los distintos momentos de la adolescencia a saber: temprana, media y tardía.

Del mismo modo, García y Valverde (2003) plantean como referente principal las clasificaciones de las drogas y su relación con los problemas de uso, abuso y dependencia desarrollados por la OMS. Al ser esta organización un parámetro a nivel mundial, incide en el hecho de que las investigaciones partan de este enfoque, lo cual sin duda inscribe una direccionalidad específica al curso de las mismas.

Así sucede con los trabajos de Alvarado y Gamboa (2010), Amighetti (2010), López (2010) y Segura (2010), quienes toman como punto de partida la

concepción de farmacodependencia desde la OMS, esto deja entrever que pese a que ésta es una temática bastante investigada, los(as) autores(as) se centran en analizar los factores relacionados con la salud de las personas, conocer las características de las drogas y, su comportamiento a nivel físico y psicológico, lo que es consecuente con la mirada profesional de la que parten.

Pese a que desde los distintos estudios se le da un mayor énfasis a la farmacodependencia como enfermedad, esto ligado al enfoque médico sanitario que pretende explicar el fenómeno droga, también se han desarrollado otros modelos que alimentan la postura de los(as) investigadores(as), a saber: Geopolítico-Estructural y Ético-Jurídico (enfoques que no son excluyentes y que incluso llegan a complementarse). Se vislumbra que los(as) autores(as) centran su investigación en uno de éstos, tal es el caso de Nájera (2003), quien considera que el consumo de drogas es visto como un asunto delictivo y, por tanto, retoma con mayor fuerza el enfoque Ético-Jurídico.

Un esfuerzo por entender el carácter multicausal y multifacético del fenómeno, lo constituye el incorporar en el análisis las causas que generan que una persona se vincule al consumo de drogas (y su posterior dependencia), el informe de TFG de Barrios et al. (2008), pretende acercarse a ese análisis a partir de retomar los factores protectores o de riesgo como micro y macrodeterminantes.

En lo referente a la concepción de las drogas, Vado y Montero (2008) parten de una comprensión desde los niveles sociocultural, familiar y personal, señalándola como un “flagelo social” (ajeno al ser humano), ante lo cual Calvo y Ruiz (2001) plantean que dicha denominación responde a discursos oficiales y por ende, a intereses hegemónicos; además reconocen que el término se ha investido de un carácter de responsabilidad individual.

Por último, se ubican los TFG de Fonseca, Salazar y Valerio (2009) quienes pretenden ampliar la comprensión de la farmacodependencia y entenderla desde su relación con el modo de producción capitalista, y así mostrar el papel que juegan las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) dentro de esta lógica. A este planteamiento se suman Anchía y Jarquín (2011), rescatando que la farmacodependencia debe ser entendida dentro de un Estado Neoliberal y como parte de un sistema capitalista, el cual convierte las drogas en una mercancía negociable.

Dentro de esa misma lógica, Abdallah y Berrocal (2012) retoman para la explicación del fenómeno droga, los modelos ético-jurídico, médico-sanitario y geopolítico-estructural, señalando que éstos se complementan entre sí. Además, advierten que en un sistema capitalista deben reconocerse las dimensiones consumo, producción y tráfico de las drogas.

En síntesis, de acuerdo con la concepción que se maneja sobre la farmacodependencia, la mayoría de TFG, asumen como referente teórico los planteamientos colocados por la OMS. No obstante, se destaca la necesidad de analizar los distintos enfoques, reconociendo que éstos se interrelacionan y/o complementan, aunado al esfuerzo de contextualizar la farmacodependencia y su vinculación con las dimensiones del fenómeno droga, para evitar que el enfoque empleado constriña la mirada integral que se debe realizar.

1.1.2 Adolescencia y Derechos

En relación con la adolescencia, se encontraron amplias coincidencias que la refieren a una etapa de transición en la vida de las personas. Ante esto Gutiérrez, Ortiz y Ramírez (2002) la señalan como una etapa difícil, que responde

a un proceso de transformaciones y a una serie de cambios a nivel psicológico, social y biológico.

A este planteamiento, se suman García y Valverde (2003), colocando que constituye un proceso de cambios vinculado a lo biológico, social y emocional, mientras que Mora (2005) lo concibe como un proceso transitorio. Por otra parte, González (2007) trasciende esta visión y realiza un análisis de la vulnerabilidad a la que se ha visto sometida esta población. En relación con esto, Amighetti (2010) problematiza sobre la situación de los(as) adolescentes en condición de calle, quienes -mayoritariamente- son sometidos(as) a desprotección y vulnerabilidad.

En la adolescencia adquieren relevancia elementos tales como el grupo de pares, Chaverri (2003) dirige el análisis a éstos, a su influencia y al valor simbólico en el consumo, además, argumenta que en esta etapa existe una fuerte necesidad de integración social; planteamiento compartido por Mora y Montero (2003), quienes analizan los grupos de pares y la necesidad de aceptación, debido a que la presión que ejercen estos grupos sumada al sentimiento de formar parte de un “nosotros”, podría conducir a que un(a) adolescente se encuentre más propenso(a) al abuso de una sustancia psicoactiva.

Molina (2004) se posiciona desde una visión más crítica sobre la adolescencia, contemplando el carácter adultocéntrico de las relaciones sociales y trascendiendo la concepción que se ha manejado sobre esta población, lo que posibilita superar la creencia de que representa una etapa de transición o “limbo”, debido a que este aspecto contribuye a estigmatizarlos(as) y discriminarlos(as). Planteamiento retomado por Rojas (2003), y Fonseca, Salazar y Valerio (2009), autores(as) que consideran a los(as) adolescentes como personas activas con derechos y responsabilidades inherentes.

Una de las principales diferencias entre los postulados planteados, la colocan Chacón y Solórzano (2004) pues señalan que la comprensión de la adolescencia pasa por el análisis de las construcciones de género masculino y femenino, categoría que al parecer resulta poco significativa para el resto de autores(as).

Tal y como se logra derivar de los estudios efectuados, son pocos los autores(as) que realizan un abordaje crítico de la adolescencia, por el contrario, se promueven los planteamientos estigmatizantes sobre lo que constituye esta etapa -oscilando entre transición, inmadurez, proceso de cambios- en cuyo análisis se dejan de lado los derechos y las responsabilidades de esta población.

Los derechos como eje central y transversal se incorporan sólo en algunas de las investigaciones analizadas. Rojas (2003) centra el análisis en el Enfoque de Derechos, el cual entiende a los(as) adolescentes como sujetos(as) activos(as), promoviendo la doctrina de protección integral desde el reconocimiento de la condición especial como seres humanos en desarrollo y con especiales necesidades. Enfoque compartido por Fonseca, Salazar y Valerio (2009) de cara a la emancipación de los(as) sujetos(as) mediante la exigibilidad de sus derechos.

1.1.3 Políticas públicas

Vinculado con la comprensión teórica de las políticas públicas, Rojas (2003) establece que deben entenderse como acciones u omisiones que manifiestan una modalidad determinada de intervención del Estado en la atención de un “problema”. Éste es un planteamiento importante debido a que permite reconocer la relación existente entre lo que es demandado al Estado y lo que éste “concede”, sin dejar de lado aquello que sólo es ignorado u omitido.

Mata (2006) representa otro de los autores que aborda ampliamente el tema de políticas públicas, concretamente se centra en la política de drogas de Costa Rica, particularizando en el papel del IAFA. Esboza que las políticas creadas responden a atender el problema centrando sus acciones únicamente en reprimir la oferta, por lo que la creación de nuevas políticas debe contemplar e incorporar todos los aspectos que permea dicho fenómeno, tal como la reducción del crimen, de la delincuencia, la mortalidad, las enfermedades físicas y mentales, el daño a los(as) niños(as) y familias, y la “deserción” escolar y laboral, entre otros.

A su vez, rescata la importancia de entender que en el escenario de las políticas públicas confluyen diversos actores, quienes interponen sus intereses. Escenario que actualmente se caracteriza por adoptar procesos globalizadores, aspecto que incide en el consumo de drogas. Asociado a ello, González (2007) apunta que las políticas públicas de juventud no son ajenas al modelo de desarrollo del país, evidenciando la necesidad de conocer el contexto sociopolítico que origina el surgimiento de la política y que ésta se encuentra determinada por el modo de producción, en este caso, el capitalista.

Al retomar el contexto, Fonseca, Salazar y Valerio (2009) rescatan elementos esenciales en relación con el estudio de las políticas públicas, considerando la influencia del modelo de desarrollo neoliberal y las sucesivas transformaciones del estado costarricense así como la visión adultocéntrica que permea las acciones direccionadas a las personas menores de edad; aspectos que acrecientan la violación de sus derechos.

Vinculada a la visión de contextualizar la política, Anchía y Jarquín (2011) colocan su análisis desde una perspectiva marxista, reconociendo la lucha de intereses de clases. Postura asociada con la de Mata (2006) y Rojas (2003), quienes pretenden realizar un abordaje más crítico e integral de éstas.

González (2007) plantea que las políticas públicas deben comprenderse como un campo donde confluyen intereses diversos, en donde cada política genera un efecto. El mayor aporte de este trabajo radica en el hecho de problematizar la ausencia de un modelo de política específico para adolescencia, por el contrario, lo que existen son tendencias hacia otros modelos. Dicha ausencia refiere a la inserción del neoliberalismo y la delegación del Estado, aspecto que retoman Fonseca, Salazar y Valerio (2009) cuyo análisis destaca la intervención de las ONG's en respuesta a dicha delegación de funciones.

En conclusión, en cuanto a los ejes centrales de la presente investigación, la farmacodependencia figura como el mayormente analizado, en función de diferentes tipos de poblaciones. A éste se incorporan otros, respondiendo principalmente al interés de los(as) investigadores(as) y a la profesión para la cual es estudiado. Los ejes que muestran menor desarrollo investigativo son los derechos y las políticas públicas.

1.2 El consumo de drogas en la adolescencia

La importancia que ha tomado la población adolescente dentro de las investigaciones, radica en que es una etapa trascendental en el inicio del consumo de alguna sustancia. Más aún cuando diferentes encuestas a nivel nacional (como las publicadas por el IAFA en las últimas décadas) señalan que ha disminuido la edad de iniciación. Dentro de los TFG se destaca Molina (2004), quien expresa que la incidencia y el consumo de drogas han ido en aumento en los últimos años, concuerdan García y Valverde (2003) quienes identifican la edad promedio entre los 11 y 13 años.

Ante este hecho, se ha brindado énfasis a conocer los factores que influyen en que aumente la cantidad de personas que inician el consumo en edades cada

vez más tempranas, así como de los factores que “evitan” que una persona consuma. Por tanto, una similitud latente en la mayoría de investigaciones revisadas sobre las drogas en la adolescencia, se centra en el abordaje de dichos factores. Independientemente de que los mismos sean de riesgo/vulnerabilidad o protectores, los(as) autores(as) los clasifican en tres grandes grupos: socioculturales, familiares o personales. En el abordaje de los de riesgo, se destacan Gutiérrez, Ortiz y Ramírez (2002), Monge, Rosales y Montero (2005) y, Vado y Montero (2008).

Vado y Montero (2008) caracterizan los factores socioculturales, familiares y personales, que intervienen en el proceso de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes. De igual manera, Zúñiga (2000) acentúa en los socioculturales, pero enfatiza en los psicológicos y académicos como riesgosos en la incidencia del uso de alcohol y otras drogas. Mientras que Monge, Rosales y Montero (2005) agregan al sistema educativo dentro de los factores, junto con la familia y la historia individual, al calificarlos como tres elementos esenciales en la vida de los(as) adolescentes que pueden influir o evitar la ingesta de alguna sustancia. Sin embargo, es importante rescatar a Mora (2005) quien cuestiona cómo los posibles factores protectores, terminan comportándose como de riesgo para propiciar el consumo.

Gutiérrez, Ortiz y Ramírez (2002) desarrollan una visión más amplia del consumo, al situar el estudio de esos factores dentro de un contexto determinado, incluyendo aspectos relacionados con la estructura socioeconómica, así como el papel de los medios de comunicación en el aspecto individual, educativo y familiar; Vado y Montero (2008) enfatizan en este último punto, destacando la influencia negativa de la publicidad en los(as) niños(as) y adolescentes.

El papel de la publicidad adquiere especial interés al aludir a la adolescencia y al uso de drogas, ya que es un factor de gran peso como medio difusor de patrones de consumo. Mora y Montero (2003) hacen referencia a su aspecto cultural, en donde los medios de comunicación se constituyen en promotores que muestran estándares de vida, siendo el público infantil y juvenil el principal espectador. Esto se asocia con lo planteado por Barrios et al. (2008), al colocar la permisibilidad social de la utilización de drogas lícitas así como su publicidad e influencia de los medios.

Por su parte, Chaverri (2003) plantea la influencia entre pares adolescentes específicamente en la ingesta de tabaco, que encuentra su precursor en las cualidades simbólicas asignadas a éste, como el estatus e interacción social, y acentúa en los mecanismos del mercado mediante estrategias como la publicidad, que invita sutilmente a la población adolescente a fumar.

En cuanto a los factores protectores, Mora (2005) destaca la importancia del abordaje de la prevención en aspectos personales, familiares y comunales que contribuyen a evitar el inicio del consumo en adolescentes, no obstante, se distingue al colocar que éstos no son estáticos. Cabe resaltar que la investigación se basa en la resiliencia, enfoque que alude a la capacidad para enfrentar la adversidad, recuperarse de eventos negativos y transformar factores adversos en un elemento de estímulo y desarrollo.

Alvarado y Gamboa (2010), García y Valverde (2003) establecen los dos tipos de factores, reconociendo la relevancia de conocer los elementos determinantes a la hora de vincularse o no con las drogas; puntualizan en la influencia del entorno en el que los(as) jóvenes se encuentran, como lo son los grupos familiares y comunales.

Los TFG coinciden en que conocer los factores protectores y de riesgo puede brindar insumos para mejorar el abordaje del consumo de drogas en la adolescencia desde distintos programas, instituciones u organizaciones, resaltando en estrategias de prevención que intervengan en edades más tempranas.

Se pueden ubicar TFG que se realizaron en ONG's, Alvarado y Gamboa (2010) centran su investigación en los Hogares CREA de Barva de Heredia y Birrisito de Cartago; mientras que Mora (2005) en el Programa de Prevención Integral de la Asociación RENACER, en Guararí de Heredia. Ambos centros muestran el papel que organizaciones internacionales han tomado en las últimas décadas en la atención de la población menor de edad en farmacodependencia, ante la desatención del Estado. Sus parámetros se rigen por metodologías e ideologías que no siempre se adaptan a la realidad de cada país y/o población.

Como se mencionó, la concepción que se posea sobre farmacodependencia incide en las estrategias preventivas empleadas, las cuales se encuentran influenciadas por estándares de organismos como la OMS, generando legitimación a nivel investigativo; en el particular García y Valverde (2003) utilizan el DUSI (Drug Use Screening Inventory) -test que contiene 149 ítems, el cual busca identificar las consecuencias de las drogas en población entre los 12 y los 18 años-, como parte de su metodología. Al basarse en medidas internacionales, se podría correr el riesgo de descontextualizar la atención, esto al desligarse de la realidad nacional.

Entre los TFG, sobresale el interés mostrado por efectuar investigaciones en instituciones de educación formal. Monge, Rosales y Montero (2005) realizan su abordaje en el Instituto Superior Julio Acosta García y el Colegio Técnico Profesional Agropecuario de Piedades Sur de San Ramón; Gutiérrez, Ortiz y

Ramírez (2002) en el Liceo Rodrigo Facio Brenes; Zúñiga (2000) en la Unidad Pedagógica Dr. Rafael A. Calderón Guardia ubicada en Pérez Zeledón; Vado y Montero (2008) en Liceo de Cariari de Pococí en Limón y el Liceo Mario Vindas Salazar, en San Pablo de Heredia; Chaverri (2003) en el Liceo de Heredia; García y Valverde (2003) desde el Liceo Samuel Sáenz Flores de Heredia y por último Mora y Montero (2003) en el Colegio Técnico Profesional de Calle Blancos. Estas investigaciones particularizan su estudio en instituciones educativas públicas, delegándose a un segundo plano el análisis desde una escuela o colegio privado.

Alvarado y Gamboa (2010) plantean que la “adicción” es un factor que aleja a los(as) jóvenes de las aulas, vinculando el consumo con la “deserción” escolar, por tanto, colocan la importancia de explorar a profundidad las condiciones materiales de las personas farmacodependientes; dichas condiciones se agudizan en el contexto capitalista. Barrios et al. (2008) apuntan que es precisamente la población con mayores necesidades económicas, quienes sufren los mayores efectos e impactos negativos del capitalismo.

Anchía y Jarquín (2011) afirman que la realidad es cambiante y que las personas consumidoras se encuentran inmersas dentro de un todo social, en complejas relaciones de fuerzas hegemónicas, así como contradicciones propias de un sistema que genera desigualdad. De igual manera, Barrios et al. (2008) al aludir a los microdeterminantes de la salud y su influencia en la condición de “drogodependencia” en la población adolescente, señalan que existen condiciones del capitalismo que propician el uso de drogas, las cuales se encuentran determinadas por factores económicos, políticos, tecnológicos, militares, sociales y culturales que inciden directa o indirectamente en la producción, distribución y/o consumo de sustancias psicoactivas.

Partir desde estas posturas teóricas permite una visión más amplia del fenómeno droga, superando una concepción individualista del consumo. Sin embargo, si bien este aspecto contextual resulta trascendental para el conocimiento y tratamiento del tema, es poco abordado por las investigaciones, ya que no ubican dentro de sus alcances una comprensión del entorno político y económico que incide en la visión de la droga, -no sólo desde el consumo sino desde su producción y su comercialización-; por el contrario, se centran en calificarlo como una decisión personal, perdiendo la percepción de totalidad, multicausalidad y complejidad.

Otra tendencia investigativa en el tema de drogas y adolescencia es la caracterización que se realiza según diferentes zonas del país. Resulta de interés resaltar que los(as) autores(as) acentúan que los patrones socioculturales varían según las provincias, enfatizando en que la residencia en las zonas de alta incidencia en consumo de drogas puede ser un factor determinante para que una persona utilice una droga o bien posteriormente adquiera y mantenga una dependencia.

Vado y Montero (2008) aportan en esta línea de trabajo ya que particularizan su análisis en dos zonas: Limón y Heredia, para dimensionar los contrastes que puedan darse en diferentes regiones geográficas obteniendo como resultado que en los lugares de mayor "marginalidad social" se incrementa el índice de consumo, en respuesta a la permisividad que culturalmente se presenta -específicamente- en estas zonas. Por su parte, Molina (2004) realiza una investigación acción-participativa en el cantón de Curridabat, con la intencionalidad de plantear un proyecto de acción social dirigido a la población adolescente, desde la complejidad de una zona urbana. Mientras que López (2010) efectúa un acercamiento a la construcción subjetiva acerca de la expulsión

social en jóvenes que ingieren drogas en Guácimo de Limón, estudiando el contexto socioeconómico en el cual se insertan.

Este último autor, apunta que la “adicción” se vincula con los procesos excluyentes, vulnerables y poco participativos que caracterizan la realidad socio-histórica en la que se encuentran los(as) jóvenes. Aspecto que toma relevancia al analizar como las personas consumidoras son constantemente víctimas de violación de derechos y, estigmatización a nivel comunal y social.

En este sentido, Amighetti (2010) acentúa que las personas menores de edad en condición de calle, que se asocian con la utilización de drogas, son víctimas de otras situaciones que les vulnerabiliza, como la explotación sexual comercial (relaciones, espectáculos y turismo sexual, pornografía, tráfico, trata y venta, entre otras) constituyéndose en una forma de violencia, especialmente para las mujeres. Por tanto, se compromete su derecho a la protección, como parte de la desatención del gobierno, de la sociedad y de los medios de comunicación.

Se concluye que la producción del conocimiento generado por los TFG reseñados, enfatizan en los factores protectores y de riesgo que inciden en el empleo de sustancias psicoactivas, así como el abordaje desde instituciones educativas públicas. Conjuntamente, se destaca que son pocas las investigaciones que realizan un abordaje contextual de la farmacodependencia como condición no sólo social, sino política, cultural y económica. Así mismo, los análisis de las políticas públicas identificados no tienen como referente los derechos de la población en condición de farmacodependencia, sino el cumplimiento de los compromisos programáticos asociados con la política.

1.3 Estrategias y respuestas estatales: programas y proyectos vinculados a la temática

Este apartado esboza los principales hallazgos vinculados con las estrategias que ha implementado y/o impulsado el Estado en materia de farmacodependencia. Se incorporan aquellas investigaciones que permiten conocer lo que se ha ejecutado en relación con los programas y proyectos, así como la naturaleza y las características que éstos adquieren.

En un primer momento, se podría apuntar que la mayoría de investigaciones refieren que las estrategias desarrolladas como parte de la respuesta estatal a la condición de farmacodependencia presentan un carácter educativo y general, es decir, se suele interpretar y/o dar por sentadas las necesidades de los(as) adolescentes. Lo anterior, conduce a cuestionarse si existe una asociación entre las estrategias para reducir el consumo y las necesidades de esta población.

Vinculado a esto, Calvo y Ruiz (2001) plantean que el IAFA tiende a proponer acciones preventivas basadas en percepciones y modas, no en características reales del consumo. Además, su estudio considera la influencia que ejercen los modelos de prevención establecidos a nivel internacional para el abordaje y el tratamiento de la farmacodependencia en nuestro país, así se observa que las medidas efectuadas desde el Estado se fundamentan y direccionan rigiéndose a partir de cómo se proceda en otros países.

Otro aspecto que contemplan Calvo y Ruiz (2001) es lo pertinente a la función social que cumple el consumo de drogas, esto como mecanismo de control. Aspecto trascendental si se considera que existe una legalidad social que determina y, establece patrones y comportamientos con respecto a la ingesta de

sustancias, es decir, el discurso formal adquiere legitimidad y se fomentan creencias vinculadas a las drogas.

Chaverri (2003) expone que el mensaje llevado por los programas de prevención no debe estar formulado sólo en términos de prohibición, sino también en términos de propuesta.

Uno de esos programas de prevención lo constituye “Aprendo a Valerme por Mi Mismo”, Anchía y Jarquín (2011) efectuaron un análisis de la relación entre la política social de Promoción de la Salud y la operacionalización de ese programa. Tal análisis les permitió argumentar que para garantizar el funcionamiento de este último, el cual se basa en las “Habilidades para la Vida”, el Estado debe asumir diversas responsabilidades, eliminando amenazas como el deterioro de la salud, la pobreza, la violencia estructural y los riesgos laborales.

Bajo esa misma dimensión socio-educativa promocional, Gutiérrez, Ortiz y Ramírez (2002) y, Barrios et al. (2008) recomiendan la implementación de estrategias educativas para la prevención e intervención temprana. Preocupación que surge a raíz del incremento en el consumo por parte de la población adolescente y, a su vez, la disminución en la edad de inicio de éste. Monge, Rosales y Montero (2005) agregan que la prevención debe efectuarse con un enfoque participativo y dinámico, fortaleciendo las vinculaciones entre el IAFA y los centros educativos.

Tal argumento rescata la importancia de la participación por parte de los(as) adolescentes y la apertura de espacios que les permita expresar sus inquietudes, opiniones y propuestas, es decir, acercarse y conocer la realidad de la población para efectuar acciones concretas y eficaces orientadas a responder sus necesidades.

Conjuntamente, Mora y Montero (2003) señalan la relevancia no sólo de fortalecer e implementar programas en materia de drogas, sino además la necesidad de evaluarlos. Esto debido a que si bien se han desarrollado acciones para disminuir y prevenir el consumo, se ha registrado un aumento en cuanto a los(as) adolescentes que se vinculan al uso de alguna droga, por lo que la evaluación podría arrojar aspectos que puedan fortalecer y/o modificar los programas.

Modificaciones que, siguiendo con Amighetti (2010), deben partir de las sugerencias de los(as) adolescentes, quienes plantean cambios en los programas de atención relacionados con: mayor acceso a la educación, fortalecimiento de vínculos familiares, derecho a la participación activa, cambio de medidas dentro de los albergues, entre otras.

Otro cambio planteado por López (2010) refiere a la necesidad de crear propuestas y programas dirigidos a comunidades y a los(as) jóvenes en riesgo, teniendo como finalidad reflexionar sobre la realidad vivenciada desde la exclusión social, en donde se proyecte la visión de restablecer los lazos sociales, culturales e históricos.

Entre las principales limitaciones para el desarrollo de esas propuestas, particularmente en el IAFA, Nájera (2003) señala la falta de recursos como viáticos, transporte, materiales, así como la ausencia de lineamientos claros del rumbo institucional; para el autor, el Instituto no ha asumido el papel que le corresponde como rector en materia de farmacodependencia.

Por lo que las ONG's han adquirido protagonismo en el contexto neoliberal, vinculándose al abordaje de la farmacodependencia mediante la implementación de programas para la atención de la población adolescente, mismos -que en su

mayoría- contemplan un proceso de “rehabilitación” basado en etapas y guiados bajo doctrinas claramente establecidas. Tal protagonismo es retomado por Fonseca, Salazar y Valerio (2009), cuando analizan el papel de estas organizaciones en la atención a los derechos de los(as) adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, evidenciando cómo han asumido responsabilidades en cuanto al abordaje de las manifestaciones de la “cuestión social”.

En este escenario, el IAFA viene a figurar como el supervisor de las labores de estas organizaciones. Situación similar acontece con el PANI que, según Ruiz (2005), mantiene con estas organizaciones relaciones más de carácter político, alejándose del interés real de proteger los derechos de las personas menores de edad.

En términos generales, se plantea la necesidad de desarrollar programas de atención integral, no obstante, cabe cuestionarse cuáles categorías o dimensiones incluiría un “abordaje integral” y cómo se efectuaría, esto si se considera que existen condiciones socio-históricas que delimitan e impiden que en una sociedad capitalista neoliberal se puedan ejercer procesos equitativos e inclusivos, no obstante, es posible hacer esfuerzos que propicien mejores condiciones de vida para esta población.

Vinculado con esos esfuerzos, Alvarado y Gamboa (2010) apuntan la importancia de considerar y explorar las condiciones socioeconómicas de los(as) jóvenes que consumen alguna droga, recuperando: las relaciones familiares, las características de los lugares de procedencia, los antecedentes de violencia familiar y abuso, entre otras. Por su parte, Mora (2005) señala que los factores de protección no son estáticos ni permanentes.

Se advierte que el proceso de formulación de esos programas requiere dejar de constituirse en un proceso unilateral y centralizado, además, como lo señala Segura (2010), se necesita una mayor inversión estatal, pues la que se ha efectuado resulta insuficiente. Situación que se agudiza con el neoliberalismo, propiciando que el Estado reduzca el “gasto” público y que, por ende, las políticas se focalicen.

Aspecto que se visualiza en la delimitación de la población hacia la cual se direccionan los programas, debido a que en su mayoría se dirigen a la población farmacodependiente en condición de calle o con escasos recursos económicos. Igualmente, se denota la reducción de los espacios de atención y el contar con un número limitado de camas.

Reducción que también se muestra, siguiendo con Astúa y Solano (2000), en el hecho de que los centros de atención se caracterizan por abordar las necesidades inmediatas (alimentación, vestido, entre otras), contemplándose como lugares transitorios.

1.4 El abordaje del objeto desde Trabajo Social

Del total de TFG analizados (publicados desde el año 2000 al 2012), se encontraron ocho correspondientes a la profesión de Trabajo Social, a saber: Chaverri (2003), Rojas (2003), Monge, Rosales y Montero (2005), Mora (2005), Ruiz (2005), Fonseca, Salazar y Valerio (2009), Anchía y Jarquín (2011) y Abdallah y Berrocal (2012). La temática abordada en cada uno de ellos permitió encontrar similitudes, así como desencuentros en las diferentes maneras de acercarse al objeto de estudio.

Cuatro de estas investigaciones se refieren específicamente al consumo de drogas (legales o ilegales) y/o farmacodependencia en adolescentes. Chaverri (2003) lo hace desde la influencia de los(as) pares en el consumo de cigarrillos, y su vinculación con la construcción de patrones de identidad y el valor simbólico que socialmente se le ha otorgado al tabaco.

De igual manera, Monge, Rosales y Montero (2005) ubican el tema de la representación social y la influencia de pares en las diferentes motivaciones que median en que un(a) adolescente consuma alcohol. Una similitud en ambos estudios es que colocan estas dos sustancias lícitas como “drogas de entrada”, centrando su análisis en instituciones de educación secundaria pública.

Mora (2005) aborda los factores protectores en la prevención del consumo, sin embargo, una diferencia latente con las dos investigaciones mencionadas anteriormente, es que se enfoca en la ONG RENACER, lo cual marca una notable distinción al ser una población en condición de farmacodependencia y, por ende, el programa se orienta a evitar que las adolescentes vuelvan a incidir en el consumo, basándose principalmente en el enfoque de resiliencia.

Particularmente, Anchía y Jarquín (2011) aluden a la farmacodependencia desde la prevención, por medio del análisis del programa “Aprendo a valerme por mi mismo” del IAFA. Por último, Abdallah y Berrocal (2012), realizan un abordaje del origen y las transformaciones históricas de la profesión en la política social costarricense en el campo de la farmacodependencia.

Se rescata que ambas investigaciones plantean los diferentes enfoques desde los cuales se ha comprendido el fenómeno droga, a saber: médico-sanitario, ético-jurídico y geopolítico-estructural. A su vez, establecen el consumo

dentro del amplio y complejo panorama de dicho fenómeno, considerando las drogas como una mercancía dentro del sistema capitalista.

Se denota así que la temática ha sido un campo explorado por la profesión de Trabajo Social en la última década, sin embargo, los análisis tienden más a los factores protectores -desde programas de prevención-, y de riesgo, así como a poblaciones “institucionalizadas”.

En cuanto al abordaje desde la política en materia de adolescentes, Ruiz (2005), analiza el vínculo entre el PANI y diferentes ONG’s, resaltando el papel que han adquirido éstas en un marco de crisis política y fiscal. Igualmente, enfatiza en partir del enfoque de derechos para el estudio de la política social, propiciando una comprensión más integral de la situación de esta población.

Aunado al papel de las ONG’s, Fonseca, Salazar y Valerio (2009), acentúan en la protección de derechos de las poblaciones mayormente vulnerabilizadas, al retomar el accionar de éstas desde el componente de la atención de la política pública contra la explotación sexual comercial en niñez y adolescencia.

Ambas investigaciones muestran a estas organizaciones como actores protagónicos de las políticas, las cuales han tomado mayor fuerza a raíz de la delegación estatal, bajo un contexto caracterizado por el sistema capitalista y el modelo neoliberal.

Referente a los derechos de la población menor de edad, Rojas (2003) profundiza en la estrategia organizativa de la Red Local del Cantón Central de San José, con el fin de analizar su abordaje desde los diferentes actores que la conforman.

Por tanto, cabe señalar que desde Trabajo Social, el vínculo entre los derechos, la política pública y la farmacodependencia en adolescentes es un campo poco investigado, y tiende a focalizarse desde una determinada institución u organización. Se denota que estos trabajos no se enfocan hacia la respuesta que se brinda desde el Estado, ni a su papel ante la exigibilidad y garantía de los derechos.

Con respecto a los aspectos teóricos y metodológicos que fundamentan las investigaciones, existen tanto encuentros como diferencias. El tipo de estudio mayormente utilizado es el cualitativo, siendo abarcado en cinco de los TFG: Chaverri (2003); Monge, Rosales y Montero (2005); Mora (2005); Ruiz (2005); y Fonseca, Salazar y Valerio (2009). Por su parte, Rojas (2003) efectúa un estudio descriptivo-analítico, mientras que Mora (2005) describe un enfoque cualitativo desde una perspectiva holística.

Una tendencia que ha tomado fuerza en los últimos años a nivel investigativo desde Trabajo Social, es la comprensión de la realidad desde un análisis histórico-crítico, como forma de acercarse al objeto de estudio. Esta perspectiva se evidencia en los estudios presentados por Anchía y Jarquín (2011) así como por Abdallah y Berrocal (2012), quienes por medio de este análisis comprenden la farmacodependencia como un fenómeno multicausal y complejo, y destacan a la profesión como un actor central en su abordaje.

El enfoque y las técnicas varían según los objetivos de cada estudio, por ejemplo, Chaverri (2003) y Monge, Rosales y Montero (2003), parten de la fenomenología y el interaccionismo simbólico para interpretar la opinión de los(as) adolescentes consumidores de cigarrillos o alcohol, obtenida por medio de grupos focales y entrevistas a profundidad.

Cabe resaltar que las entrevistas, ya sean semi-estructuradas o a profundidad, representan las técnicas mayormente utilizadas en los trabajos realizados desde la profesión. Sin embargo, una diferencia radica en la población a la que se dirigen. Abdallah y Berrocal (2012) seleccionan funcionarios(as) de diferentes instituciones públicas y no gubernamentales, al igual que Anchía y Jarquín (2011), Fonseca, Salazar y Valerio (2009), Ruiz (2005), y Rojas (2003). Mientras que Chaverri (2003), Monge, Rosales y Montero (2005), y Mora (2005) aplican entrevistas a los(as) adolescentes.

En conclusión, desde el quehacer investigativo de Trabajo Social se devela el reto de profundizar en el abordaje del tema de la farmacodependencia desde el nivel de las políticas estatales como respuesta a los derechos de los(as) adolescentes, para ampliar el análisis más allá de los aspectos operativos y de las manifestaciones concretas del consumo de drogas en dicha población.

1.5 Balance de hallazgos del Estado del Conocimiento

Como primer punto, se parte de concebir el tema de las drogas bajo la visión de una mercancía producto del modo de producción capitalista, generándose un incremento en su producción, distribución y consumo. Lo anterior, propicia la proliferación de instituciones privadas y ONG's dedicadas a la atención de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

Igualmente, se ha visualizado una reducción paulatina de la intervención del IAFA en relación con la temática, específicamente en el área de atención, lo cual responde a condiciones ligadas con la desresponsabilización estatal, en la que se delegan funciones propias de una institución a otro tipo de entes. Esto a su vez, se encuentra determinado por las condiciones socio-históricas que imperan en Costa

Rica, al darse una significativa disminución de la inversión del Estado en el ámbito social, prevaleciendo lo económico.

Siguiendo la misma línea, dicha Institución efectúa esfuerzos asociados con el componente investigativo, no obstante, sus estudios han enfatizado en datos estadísticos, agotándose en un plano más descriptivo. Igualmente, se observa que las estrategias de prevención han acogido el enfoque “Habilidades para la Vida”, el cual parte de impulsar estilos de vida saludable bajo el eje de la promoción de la salud. Sin embargo, dicha perspectiva no contempla las condiciones materiales de producción y reproducción social de cada adolescente, y su posibilidad de adoptar ese cambio.

Las estrategias de prevención implementadas en Costa Rica son altamente influenciadas por Organismos Financieros Internacionales (OFI), como es el caso del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el país se ajusta a parámetros establecidos por tales organismos, lo cual se refleja en el empleo de instrumentos como los cuestionarios basados en el DUSI -elaborado en Estados Unidos por el Dr. Ralph Tarter- ampliamente utilizado en las investigaciones consultadas.

Tanto las acciones impulsadas por esos organismos como la normativa relacionada con el tema de las drogas, se centran en aspectos como el tráfico y la comercialización de estas sustancias (adquiriendo un corte punitivo) con la intención implícita de fomentar el miedo en la sociedad, en general y en la población adolescente, en particular.

Sumado a ello, se ha fomentado la idea de relacionar la farmacodependencia con la “inseguridad social”, dándose un proceso de culpabilización y estigmatización a la persona adolescente que se encuentra imbuida en esa condición. Esto es transversado por el hecho de “criminalizar” a

dicha población y trasladarle las responsabilidades de un sistema que no provee las condiciones óptimas para su desarrollo.

Por otra parte, se ha incrementado la creación de instancias con altos costos de atención, los cuales, a su vez, podrán ser adquiridos -en su mayoría- por adolescentes de clases sociales altas o bien las ONG's son selectivas, y no brindan las mismas posibilidades de acceso para todos(as) los(as) adolescentes.

De la mano con esa situación, se da el aumento de centros transitorios para la atención de la población con escasos recursos económicos, cuya intervención se dirige a suplir ciertas necesidades básicas como el alimento, la higiene personal y la vestimenta; así como proceder a efectuar coordinaciones a instancias para continuar su tratamiento, proceso que se torna inestable y fragmentado.

Pese a que el Estado realiza esfuerzos en pro de garantizar la protección y la accesibilidad de derechos de esta población, tales acciones son insuficientes y ante esta situación, los(as) adolescentes recurren a estrategias de sobrevivencia como el consumo de drogas, delinquir y/o la vinculación con la explotación sexual comercial, entre otras.

En la formulación de políticas sociales que se dirigen a esta temática, no se parte de los intereses y las necesidades de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, y la mismas refieren un sesgo adultocéntrico que considera a la adolescencia como una etapa transitoria en la que no se posee la capacidad intelectual para la toma de decisiones. Es decir, no se conciben como un grupo poblacional dentro del sistema social que tiene la capacidad de discernimiento.

La investigación sobre el estado del conocimiento en la materia de interés, mostró un vacío investigativo en relación con el abordaje de las políticas públicas sobre farmacodependencia implementadas por el Estado costarricense, desde la perspectiva de los derechos de los(as) adolescentes en dicha condición; así como de la participación del Trabajo Social en el ciclo de la política.

Por ello, resulta pertinente avanzar hacia la comprensión de cómo la política pública en farmacodependencia en Costa Rica, contribuye a hacer efectiva la protección de los derechos de la población adolescente, desde la mirada del Trabajo Social.

Capítulo II: Planteamiento del Problema y Estrategia Metodológica

2.1 La cuestión del método

Para realizar una mayor aprehensión⁴ del objeto de estudio, se torna trascendental partir de que la cuestión del método refiere a esa relación entre quien investiga y el objeto, relación caracterizada por estar en constante cambio. En tanto:

La cuestión teórico-metodológica refiere al modo de leer, de interpretar, de relacionarse con el ser social; una relación entre el sujeto cognoscente -que busca comprender y desvendar esa sociedad- y el objeto investigado. Para ello, implica una apropiación de la teoría- una capacitación teórico-metodológica- y un ángulo de visibilidad de la sociedad- un punto de vista político que, tomado en sí, no es suficiente para explicar lo social (Iamamoto, 1992, p.102).

Entendiendo esa relación, la perspectiva teórico-metodológica no puede ser reducida a pautas, etapas y/o procedimientos del quehacer profesional. En este sentido, el método no puede definirse a priori, debido a que es el objeto que se investiga, el que guía y va determinando las herramientas necesarias y oportunas para lograr su aprehensión. Dicho de otra manera, desde un abordaje ontológico del ser social:

(...) sí aparecen preocupaciones metodológicas, pero éstas son determinadas a posteriori y a partir del objeto concreto estudiado. Es el objeto, y no la racionalidad y lógica interna de la estructura metodológica, el

⁴ Se habla de mayor aprehensión debido a que el objeto no puede llegar a conocerse por completo, ya que se encuentra en constante transformación.

que nos brinda el material para determinar los fundamentos, las categorías y el método necesario para apropiarnos teóricamente de la realidad. Es el objeto el que nos demanda un determinado instrumental heurístico y un camino para conocerlo (Montaño, 2003, p.21).

De ese modo, será la esfera ontológica (las determinaciones más generales del objeto investigado) la que establecerá la metodología. Esto debido a que el método cumple una función social específica, "(...) frente a lo desconocido nos indica cómo proceder para incorporarlo, con la mayor eficiencia posible, a lo ya conocido" (Lessa, 1994, p.211).

Cabe acotar que las aproximaciones sucesivas al objeto, se efectúan a través de la relación dialéctica entre totalidad-singularidad (de lo general a lo particular), considerando que la realidad es dinámica, cambiante y contradictoria, su comprensión debe colocarse a partir de la articulación de múltiples determinaciones y mediaciones. Por tanto, no puede entenderse como un proceso lineal, sino más bien como un "ir y venir" constante (trascendiendo el plano aparential) que permita visualizar la totalidad y la singularidad reflejada en el proceso socio-histórico que ha caracterizado el abordaje de la política pública desde los diferentes actores, como respuesta al cumplimiento de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, quienes se encuentran inmersos(as) en una compleja dinámica de relaciones sociales, que vienen a determinar su consumo y/o dependencia.

Ese ir y venir develó la necesidad de que se analizara el contexto internacional y nacional de la política pública, en tanto, posibilitara el conocimiento de las condiciones socio-económicas que enfrentan y/o conducen a que un(a) adolescente se vincule con el fenómeno droga. Así mismo, tales condiciones permean tanto el accionar institucional como el quehacer profesional, lo que a su

vez determina la direccionalidad de los programas y proyectos que se formulan para la atención de la población adolescente en farmacodependencia.

La aproximación al objeto exige, a su vez, un posicionamiento ético y político por parte de quienes investigan, que refiere a:

(...) los vínculos que se construyen desde el ejercicio profesional en relación a un proyecto político social, y que se encuentra permeada por determinados valores, que se confrontan en el escenario de las relaciones sociales establecidas en la sociedad burguesa, basadas en la explotación, las asimetrías y las desigualdades (Esquivel, 2003, p.73).

Se comprende que tanto Trabajo Social como la concepción de ética, se insertan en un entramado histórico que responde a un constructo social, permeado por contradicciones inherentes al sistema en el que se enmarca. Ante esto, el abordaje de la ética desde el accionar profesional, implica recuperar la realidad del complejo escenario social e institucional en la que se ejerce, lo cual permite reflexionar sobre la forma en que se trabaja con las distintas poblaciones.

Es por medio de la constante reflexión teórica y un determinado posicionamiento ético-político a favor de las necesidades e intereses de la población, que se pueden vislumbrar diferentes dilemas en la cotidianidad de los(as) profesionales, y a su vez, identificar los desafíos ético-políticos que se le presenten, de manera que se logre develar posibilidades y/o espacios de ruptura que trasciendan la inmediatez.

Para el establecimiento de estos desafíos, resulta trascendental el análisis del trabajo profesional de Trabajo Social, como mediador en la operacionalización de las políticas, pues éstas deberían constituirse en mecanismos para procurar

hacer efectiva la incidencia en la ampliación y exigibilidad de derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia.

A partir del conocimiento generado por investigaciones de esta naturaleza, se torna posible plantear insumos importantes -desde la perspectiva de Trabajo Social- a las instituciones y organizaciones que se involucran en los distintos procesos de atención a la farmacodependencia, los cuales podrían ser incorporados en el análisis de las políticas (en lo relacionado con su formulación, ejecución y/o evaluación), posibilitando la incidencia en la transformación de las condiciones de vida de aquellas personas adolescentes que se encuentran vinculadas al consumo y/o dependencia a alguna(s) droga(s), así como a la protección de sus derechos.

Teniendo claro que la relación sujeto-objeto se comprenderá desde una perspectiva histórico crítica, -“(…) la cual se fundamenta desde la teoría crítica, misma que persigue una comprensión de la realidad como múltiple, histórica, compartida, dinámica y cambiante”- (Fernández, 2010, p.58); y que el compromiso ético-político se dirige al cumplimiento de los derechos de esta población, “teniendo como principales posibilidades la emancipación y el empoderamiento para criticar y transformar la realidad” (Ibídem, p.58), resulta necesario sustentar la base técnico-operativa, la cual direcciona de una forma coherente el trabajo que se realiza, la información que se requiere y, cómo es obtenida y analizada.

Si bien el abordaje histórico-crítico en un proceso investigativo pretende superar la división entre los paradigmas cualitativo y cuantitativo, cabe destacar que esto no excluye el uso de diferentes técnicas; en este caso, las de tipo cualitativo posibilitan el acercamiento sucesivo al objeto, sin que esto implique que vayan a determinar el proceso metodológico.

2.2 Tipo de estudio

Según la naturaleza del objeto de estudio y la finalidad del proceso investigativo, éste se apega al estudio de tipo:

Analítico - comprensivo: se busca trascender el plano descriptivo, colocando el análisis de los programas y proyectos que se direccionan a la atención de la farmacodependencia, en virtud de conocer su incidencia en la restitución de los derechos de esta población. Aunado a ello, se pretende el acercamiento al objeto desde el planteamiento de categorías y/o dimensiones analíticas, que conduzcan a conocer las manifestaciones de la política pública en el período 2000-2012, esto reconociendo el carácter histórico de las relaciones sociales y la determinación del modo de producción capitalista.

2.3 Problema y objeto de estudio

Cabe señalar que el análisis de las políticas públicas direccionadas al abordaje de la población adolescente en condición de farmacodependencia desde una perspectiva de derechos, no es un tema relevante en las investigaciones analizadas en el Estado del Arte.

Ante esto, surge la iniciativa de las sustentantes por colocar el presente tema de estudio, el cual no sólo permite crear nuevas aristas en el campo investigativo, sino también ampliar la visión del Trabajo Social acerca de la relación entre las políticas y los derechos, más allá del análisis de los resultados de los programas sociales. El problema de investigación propuesto es:

¿Qué respuesta brinda el Estado costarricense al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia mediante la política pública en el período 2000 al 2012 desde la perspectiva del Trabajo Social?

Dicha interrogante permite delimitar el objeto⁵ de investigación como:

La respuesta brindada por el Estado costarricense al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política pública.

2.4 Dimensiones del objeto de investigación

2.4.1 La dimensión temporal

Se seleccionó el período 2000-2012 porque a raíz de la reformulación a la Ley No. 7093, se crea en el año 2002 el ICD (Ley No. 8204), institución gubernamental encargada de la elaboración del Plan Nacional sobre Drogas, el cual buscaba articular e integrar las acciones aisladas que se gestaban y desarrollaban en relación con el fenómeno droga. Cabe aclarar que en el apartado concerniente a la incorporación del “problema” en la agenda, se refiere a las condiciones sociohistóricas presentes en la génesis del ICD como respuesta a las exigencias internacionales y, a las determinaciones políticas y económicas, así como al cambio paulatino en los patrones de consumo (INSA a IAFA) refiriendo a los procesos de apertura del mercado, entre otros. Aunado a ello, durante ese período se da el auge de instituciones tales como el Centro para Menores y el

⁵ Constituye en un fragmento de la realidad (no se verá de manera aislada sino que se encuentra determinado por condiciones socio-históricas), que se trata de conocer, pero cuyo acercamiento no está acabado, ya que aquel está en constante transformación.

Pabellón Nuevos Horizontes, sumado al protagonismo de las ONG´s (en virtud de la delegación estatal) en cuanto a la atención de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

2.4.2 La dimensión espacial/institucional

El análisis de las políticas públicas requiere el estudio de la participación de las diversas instituciones y organizaciones involucradas en el ciclo de éstas. Producto de las “fases” de dicho ciclo, se elaboró un mapeo de los principales actores estatales y no gubernamentales, y en consideración a sus competencias y participación se optó por los siguientes:

Formulación

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).

Ministerio de Salud (MINSA).

Formulación y Ejecución

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Ministerio de Justicia y Paz (MJP).

Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

Ministerio de Educación Pública (MEP).

Ejecución

Pabellón Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico (NHP).

Centro Nacional de Atención en Drogas para Personas Menores de Edad.

Organizaciones No Gubernamentales:

- Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia).

- Asociación Centro de Restauración a la Niñez en Abandono y Crisis para una Esperanza Renovada (RENACER).
- Asociación Comunidad Encuentro.

Los criterios de selección de las instituciones y las organizaciones fueron:

- a. La vinculación que tuvieran en relación con el tema de la farmacodependencia en el país.
- b. La incursión con la población adolescente del país, en virtud de los procesos de trabajo desarrollados.
- c. La vinculación en alguno de los ciclos de la política pública, como parte del objeto de investigación planteado.

2.5. Objetivos

2.5.1 Objetivo general

El siguiente objetivo general orientó el acercamiento al problema de investigación:

Analizar la respuesta del Estado costarricense al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política pública, desde la perspectiva del Trabajo Social.

2.5.2 Objetivos específicos

Para el logro del objetivo general, se desglosan los siguientes objetivos específicos, los cuales sirvieron de guía para el proceso investigativo:

1. Caracterizar la política pública costarricense direccionada a la población adolescente en condición de farmacodependencia.
2. Analizar los programas y proyectos impulsados por los actores que intervienen en la respuesta pública dirigida a la población adolescente en condición de farmacodependencia desde la perspectiva de los derechos.
3. Establecer los desafíos que se le presentan al Trabajo Social para incidir en la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia.

2.6. El proceso de investigación

Seguidamente, se describe el proceso llevado a cabo para la comprensión de la respuesta del Estado costarricense ante el ejercicio de los derechos de las personas adolescentes en farmacodependencia sujetas de la política pública.

2.6.1 El diseño de la investigación

De acuerdo con las normas para la elaboración de los TFG de la Universidad de Costa Rica, se presentó el diseño a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Trabajo Social, la cual lo aprobó como modalidad Seminario y ofreció recomendaciones para su mejora, mismas que

fueron analizadas e incluidas en este informe, previa discusión con el Comité Asesor.

Aunado a ello, se establecieron ejes de análisis vinculados con el objeto de estudio, que posibilitaron una mejor aprehensión de las investigaciones analizadas en el Estado del Arte, para lo que se requirió la incorporación de otros TFG -esto se llevó a cabo a través del desarrollo de diversas matrices que facilitaron concretizar y analizar información- (ver Anexos No. 1 y No. 2).

El acercamiento llevado a cabo mediante la realización del Estado del Arte, apuntó a la relevancia de realizar ese abordaje mediante un posicionamiento histórico-crítico, partiendo de que

(...) la práctica social no se da a conocer en su forma inmediata: el ser social se expresa a través de mediaciones (categorías-claves a ser consideradas en el análisis). Deriva de ahí la necesidad y la exigencia metodológica de aprehender la sociedad capitalista en sus múltiples determinaciones y relaciones, como una totalidad. Pero no la totalidad de la razón en la acepción hegeliana, sino la totalidad histórica de las clases sociales, en su proceso, en su movimiento (Iamamoto, 1992, p.100).

Siguiendo a la autora (1992), trabajar en esta perspectiva teórico-metodológica supone enfrentar el desafío de -a partir de las grandes leyes y tendencias de la sociedad burguesa-, descifrar las particularidades históricas del movimiento actual. Esto supone colocar la totalidad y la historicidad como categorías complementarias que permiten ubicar las políticas públicas en el marco de un complejo conjunto de condiciones sociales, políticas y económicas, que a su vez, las determinan. Sin esto no hay cómo entender y conducir críticamente la acción profesional.

2.6.2 Categorías analíticas

Vinculada a la forma de leer la realidad señalada, se establecieron categorías y/o dimensiones, que posibilitaran el análisis y la aprehensión de la política pública en su relación con el ejercicio de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, las cuales fueron develadas por esa aproximación constante (ida y vuelta) al objeto de estudio. Tales categorías se exponen a continuación:

- **Contexto nacional e internacional**, la situación de la farmacodependencia tanto a nivel mundial como en el país, constituye un determinante para la comprensión de la política pública, particularmente, en la delimitación del “problema” hacia el cual se enfoca ésta. El consumo (y dentro de éste, su asociación con una conducta de dependencia) representa un componente constitutivo del fenómeno de droga y existen diversos actores que intervienen en este escenario, el cual se encuentra influenciado por condiciones sociales, políticas y económicas.
- **Derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia**, arista sustantiva para enfocar la investigación, dada la necesidad de conocer si el Estado (el cual asume características neoliberales globalizadoras) garantiza los derechos de esta población o si bien, prevalecen intereses económicos y políticos por encima de esa protección.
- **Actores**, componente que en el análisis de la política pública ocupa un lugar determinante, esto a raíz de que el escenario de las relaciones sociales se encuentra permeado por diversos intereses colocados por

actores que comparten, divergen y/o se contradicen en sus visiones de mundo y en la manera de proceder en virtud de ello. En el caso particular, es imprescindible colocar los principales actores que abordan la temática así como ubicar su grado de participación en los distintos niveles de la política (formulación, ejecución y/o evaluación).

- **Programas y Proyectos**, la política se operacionaliza en planes, programas y proyectos ejecutados por las diversas instituciones u organizaciones encargadas del abordaje de un objeto determinado. De ahí que resulta fundamental analizar aquellos impulsados por los actores que intervienen en la respuesta pública dirigida a la población adolescente en condición de farmacodependencia; lo anterior, contribuiría a identificar si la política incide en la protección de sus derechos.
- **Trabajo Social**, por medio de la inserción de sus profesionales en los procesos de trabajo institucionales, participa en los distintos niveles de la política, por lo que interesa ubicar el alcance de su quehacer y su contribución al ejercicio de los derechos de la población adolescente farmacodependiente, así como los principales desafíos y dilemas que se le presenta.

2.6.3 La recolección de la información: técnicas e instrumentos

Las técnicas de recolección y análisis de la información refieren a los procedimientos empleados a lo largo del proceso para recopilar y analizar los datos e información pertinentes, a partir de fuentes primarias y secundarias para facilitar los acercamientos al objeto de investigación y así dar respuesta al problema planteado. El Cuadro No.1 ofrece una visión panorámica sobre dicho proceso.

Cuadro No. 1: Síntesis de la reconstrucción del proceso de recolección de la información sobre el aporte de la política pública al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia, 2013

Objetivos específicos	Categorías de análisis ⁶	Sub-categorías de análisis	Definición operacional	Fuentes y técnicas de recolección de la información
1. Caracterizar la política pública costarricense direccionada a la población adolescente en condición de farmacodependencia.	1.1 Contexto	<p>1.1.1 Situación del “problema” de la farmacodependencia, particularmente en adolescentes, internacional y nacional.</p> <p>1.1.2 Características de la población adolescente en condición de farmacodependencia.</p>	<p>1.1.1.1 La farmacodependencia a nivel internacional.</p> <p>1.1.1.2 Comportamiento del consumo de la población adolescente a partir del 2000</p> <p>a. Edad de inicio del consumo.</p> <p>b. Drogas consideradas de iniciación.</p> <p>c. Principales drogas utilizadas (lícitas e ilícitas), diferenciación según y sexo.</p> <p>d. Población afectada por el consumo de</p>	<p>A) Revisión y análisis bibliográfico y documental de los diferentes estudios desarrollados por el IAFA tales como: Encuestas Nacionales del 2000, 2006 y 2009. Así como otros estudios sobre percepciones y la juventud en Costa Rica.</p> <p>B) Visitas a instituciones relacionadas con el abordaje de la farmacodependencia, con el fin de solicitar bibliografía, establecer</p>

⁶ Se efectúa la salvedad de que la categoría **derechos** constituye un eje transversal de todo el proceso investigativo, por lo cual funciona como guía y direcciona el logro de los tres objetivos.

Objetivos específicos	Categorías de análisis ⁶	Sub-categorías de análisis	Definición operacional	Fuentes y técnicas de recolección de la información
			drogas a nivel social, económico, educativo, emocional, vínculos afectivos (factores protectores y de riesgo).	contactos, entre otros. C) Conversaciones dirigidas con funcionarios(as) de las instituciones claves en los procesos ante la farmacodependencia.
2. Analizar los programas y proyectos impulsados por los actores que intervienen en la respuesta pública dirigida a la población adolescente en condición de farmacodependencia desde la perspectiva de los derechos.	<p>2.1 Actores institucionales y organizacionales en el ciclo de la política pública sobre farmacodependencia</p> <p>✓ <u>Formulación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD • MS <p>✓ <u>Formulación y Ejecución:</u></p> <p>➤ IAFA</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCSS • MJP • PANI • MEP 	<p>2.1.1 Contexto institucional u organizacional. Marco filosófico y operacional.</p> <p>2.1.2 Entrada en agenda del “problema” enfocado por la Política.</p> <p>2.1.3 Formulación de la Política:</p> <p>2.1.3.1 Marco conceptual.</p> <p>2.1.3.2 Marco legal.</p> <p>2.1.4 Ejecución de la Política: Marco programático.</p>	<p>2.1.1.1 Creación de la institución u organización en el país (génesis).</p> <p>2.1.1.2 Marco filosófico (misión y visión).</p> <p>2.1.2.1 Entrada en Agenda: proyectos de ley de la Asamblea Legislativa (argumentos, propuestas de los actores involucrados en su colocación); institutos sobre drogas a nivel internacional; CONADRO, CENADRO, planes sobre drogas.</p> <p>2.1.3.1.1 Marco</p>	<p>A) Mapeo de las instituciones y las organizaciones vinculadas con la política.</p> <p>B) Coordinación y vinculación con las instituciones para el acceso a las bases de datos e información institucional.</p> <p>C) Revisión y análisis bibliográfico y documental de leyes de creación, reglamento orgánico, marco normativo, memorias, informes semestrales, políticas, planes operativos o anuales, planes</p>

Objetivos específicos	Categorías de análisis ⁶	Sub-categorías de análisis	Definición operacional	Fuentes y técnicas de recolección de la información
	✓ <u>Ejecución:</u> <ul style="list-style-type: none"> • HNP/PNH • CENTRO/IA FA • ONG's: Hogares CREA, Comunidad Encuentro, RENACER 	2.1.5 Evaluación de la Política.	conceptual sobre farmacodependencia y derechos de la población adolescente a nivel declarativo y en las prácticas institucionales. 2.1.3.2.1 Marco legal del funcionamiento institucional: convenciones internacionales, leyes, reglamentos y directrices. 2.1.4.1 Ejecución de la Política: en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional sobre Drogas, plan estratégico institucional, plan operativo anual, presupuesto institucional. 2.1.5.1 Evaluación: instrumentos para la aplicación de los procesos evaluativos	estratégicos, manuales y/o protocolos de atención, entre otros. D) Visitas a las diferentes instituciones colocadas como actores involucrados en el abordaje de la farmacodependencia. E) Conversaciones dirigidas con funcionarios(as) de las instituciones (IAFA, Centro para Menores, HNP, MJP, PANI/DAI, Asociación RENACER, Hogares CREA).

Objetivos específicos	Categorías de análisis ⁶	Sub-categorías de análisis	Definición operacional	Fuentes y técnicas de recolección de la información
			de los programas y proyectos.	
3. Establecer los desafíos que se le presentan al Trabajo Social para incidir en la protección de los derechos de población adolescente en condición de farmacodependencia.	3.1 Trabajo Social	<p>3.1. Trabajo profesional efectuado por los(as) trabajadores(as) sociales en las instituciones de atención a la población adolescente en condición de farmacodependencia</p> <p>3.2. Incidencia del quehacer profesional en la protección y la restitución de los derechos de esta población.</p> <p>3.3. Dilemas y desafíos para contribuir a la protección de los derechos de la población en farmacodependencia, desde el Trabajo</p>	<p>3.1.1. Procesos de trabajo en la institucionalidad relacionada con la política de la farmacodependencia:</p> <p>a. Funciones específicas dentro del área o programa.</p> <p>b. Metodología</p> <p>c. Actividades</p> <p>d. Instrumentos y técnicas utilizadas para el abordaje.</p> <p>3.2.1. Incidencia del quehacer profesional en la protección y la restitución de los derechos de esta población:</p> <p>a. Conceptualización de los derechos de la población adolescente en condición de</p>	<p>A) Entrevista semi-estructurada a profesionales en Trabajo Social de las instituciones y organizaciones no gubernamentales dirigidas a la atención de la población adolescente farmacodependiente. (ver Anexo No. 3).</p> <p>B) Planes e informes de los departamentos de Trabajo Social.</p> <p>C) Plan operativo, estratégico, presupuesto y memorias institucionales.</p>

Objetivos específicos	Categorías de análisis ⁶	Sub-categorías de análisis	Definición operacional	Fuentes y técnicas de recolección de la información
		Social.	<p>farmacodependencia.</p> <p>b. Perspectiva sobre la política pública de farmacodependencia y los vínculos que debe tener el Trabajo Social.</p> <p>c. Protocolos de “intervención” del Trabajo Social y los derechos de los(as) adolescente en condición de farmacodependencia.</p> <p>3.7.1. Dilemas y desafíos para contribuir a la protección de los derechos de la población en farmacodependencia, desde el Trabajo Social.</p> <p>a. Contradicciones desde el ámbito institucional que influyen en el quehacer profesional:</p>	

Objetivos específicos	Categorías de análisis ⁶	Sub-categorías de análisis	Definición operacional	Fuentes y técnicas de recolección de la información
			limitación de recursos, espacios laborales para Trabajo Social. b. Desafíos que se le presentan a la profesión a partir de su inserción en los procesos de trabajo efectuados con la población. c. Espacios de ruptura para la colocación de propuestas desde las profesionales.	

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir del diseño de la investigación.

Para efectuar tal acercamiento, resultó necesario recuperar el contexto de la política, específicamente, conocer la situación de la farmacodependencia a nivel internacional como en el país y su manifestación en la población adolescente. Para esto se partió de la búsqueda y la revisión de fuentes bibliográficas en la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, así como la asistencia a un curso académico relacionado con la temática, impartido en la Universidad de Costa Rica, en calidad de oyentes.

Dicha búsqueda y revisión enfatizó en TFG, libros, artículos de revistas y de periódicos, páginas electrónicas de instituciones involucradas, estudios e investigaciones epidemiológicas (recuperación de estadísticas, encuestas efectuadas por el IAFA en los años 2000, 2006, 2008 y 2010), entre otros.

Paralelo a esta revisión bibliográfica así como a la recolección y el análisis de la información, se llevaron a cabo reuniones periódicas con el Comité Asesor del TFG, quienes a su vez facilitaron documentos y orientaciones sobre la temática, los cuales fueron analizados en posteriores sesiones de trabajo. Así mismo, las estudiantes entregaron avances parciales de la investigación para su revisión, a saber:

Avances	Período
Reformulación problema, objeto y objetivos.	Abril, 2012
Estado del arte, aproximación teórica, contextual y estrategia de investigación.	Julio, 2012
Recolección y análisis de información.	Noviembre, 2012
Primer borrador Memoria del	Mayo, 2013

Seminario.	
Observaciones del Comité Asesor a primer borrador de la Memoria.	Junio, 2013

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir del diseño de la investigación.

Desde el primer semestre 2012, se contó con los espacios para la discusión y el acompañamiento teórico-metodológico de la directora, según las necesidades individuales o grupales de las estudiantes del Seminario. Conjuntamente, se asistió a debates, foros y defensa de TFG que abordan puntos y/o elementos asociados con la temática.

Siguiendo a Esquivel (2003), la revisión bibliográfica y documental permite argumentar, contextualizar, sustentar y profundizar la aprehensión del objeto que se investiga, por tanto, es importante realizar técnicas de revisión que permitan concretizar y analizar la información; de esta manera, se elaboraron fichas analíticas, matrices, resúmenes y mapas conceptuales de los diferentes documentos institucionales, tales como: planes de gobierno y planes nacionales de desarrollo del período en estudio, Plan Nacional de Drogas, marco jurídico tanto nacional como internacional en torno a la temática, políticas institucionales, programas y proyectos formulados y/o implementados por las distintas instituciones involucradas con farmacodependencia. Esto último, se concretizó por medio de la elaboración de un mapeo de actores que tuvieran vinculación con la población adolescente en esta condición.

Se llevaron a cabo acercamientos con funcionarios(as) claves, con quienes se estableció un primer contacto para obtener información y documentación importante en relación con las instituciones, así como de los distintos programas y proyectos desarrollados desde éstas.

Producto de la revisión bibliográfica, del mapeo de actores y de la realización de conversaciones dirigidas con los(as) funcionarios(as), fue posible identificar aquellas instituciones u organizaciones que durante el período de estudio (2000-2012) tuvieron mayor injerencia en el abordaje de la farmacodependencia y que de modo específico, se orientan a la atención de la población adolescente. Esto permitió incorporar como parte del análisis a los siguientes actores: IAFA/Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad, ICD, MEP, MINSA, CCSS, HNP/Pabellón Nuevos Horizontes, MJP, PANI/DAI, Asociación Comunidad Encuentro, Asociación RENACER y Hogares CREA (Barva de Heredia).

Se identificaron otras organizaciones -en su mayoría- de índole no gubernamental, las cuales se vinculaban en alguno(s) de su(s) proceso(s) de trabajo a la farmacodependencia, sin embargo, no se desempeñaban con población adolescente y por ende, no fueron retomadas.

Posterior a la elección, se plantearon los rubros fundamentales a ser revisados para cada actor, a saber: 1) antecedentes institucionales u organizacionales; 2) ley(es) de creación (retomando el contexto histórico, por qué surge cada institución); 3) marco legal que determina su accionar; 4) marco filosófico (misión, visión, valores), vinculación con sus competencias y con su objeto en particular; 5) estructura institucional (departamentos, instancias, vínculo con otras instituciones u organizaciones); 6) identificación y, análisis de los programas y proyectos; 7) Trabajo Social en cada institución (génesis, competencias, bases teórico-metodológicas, recursos técnico-operativos, componente ético-político, entre otros). Esto, con el objeto de efectuar una breve reconstrucción que permitiera delimitar el grado de participación y/o vinculación del actor en los distintos niveles de la política. Conjuntamente, facilitar el

conocimiento de los programas y proyectos direccionados a la atención de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

Para efectos de la revisión documental, se elaboró una guía temática (Ver Anexo No. 4) de los aspectos de interés que se podrían encontrar en páginas web seleccionadas, los documentos institucionales u organizacionales (leyes de creación, reglamento orgánico, marco normativo, memorias, informes semestrales, políticas, planes operativos o anuales, planes estratégicos, manuales y/o protocolos de atención, entre otros). Aunado a ello, se realizaron visitas a los centros de información, así como a las instituciones u organizaciones y, mediante conversaciones dirigidas y/o entrevistas semi-estructuradas se logró el acercamiento con funcionarios(as) de estas instituciones, quienes proporcionaron referencias sobre valiosas fuentes documentales.

Se entrevistó a cinco profesionales en Trabajo Social vinculados(as) al nivel de ejecución de la política, concretamente en la operacionalización de los programas y proyectos, y que actualmente (2013) laboran en instituciones u organizaciones asociadas con la temática, además, a una profesional en psicología, por ser la encargada de una de las organizaciones y tener especial vínculo con el quehacer de Trabajo Social. La recuperación del trabajo profesional permitió identificar dilemas y desafíos que se le presentan en su quehacer y, de ese modo, determinar su incidencia en la protección de los derechos de esta población.

Para ello, se construyeron guías de entrevista semi-estructuradas (ver Anexo No.3) que orientaron su curso según los objetivos planteados, dejando el espacio para que la o el profesional externara su impresión personal. López y Calvo (2008) plantean que las entrevistas de este tipo facilitan que las personas expresen sus ideas y opiniones sobre una serie de tópicos estipulados en la guía,

ahondando en aquellos aspectos que la o el investigador(a) considere pertinente para su estudio.

Las técnicas de recolección de información utilizadas facilitaron el registro de los datos recopilados en los diferentes acercamientos al objeto de investigación para develar su dinámica histórica. Su revisión crítica permitió reconocer vacíos investigativos, que se subsanaron regresando a las fuentes de información primarias.

El período de recolección se caracterizó por ser un trabajo en equipo, las investigadoras participaron en todo el proceso investigativo de manera conjunta, las visitas a los diferentes centros de recolección de información, las búsquedas efectuadas se realizaron de igual forma por parte de las tres sustentantes del TFG. Posteriormente, los documentos recopilados se distribuían de manera igualitaria para su correspondiente revisión y análisis, una vez elaborado esto, se creaban momentos de discusión en los que se compartía la información obtenida.

2.6.4 El análisis de la información

Posterior a la recolección de la información, se procedió a su análisis por medio de diferentes técnicas que permitieron organizar la documentación obtenida para descartar y/o seleccionar aquellos aspectos pertinentes para la elaboración de los distintos capítulos.

En primera instancia, se separaron, clasificaron y sintetizaron los documentos relacionados con el tema de estudio -obtenidos a partir de una exhaustiva búsqueda bibliográfica-, para la realización de fichas-resumen con el objetivo de “reducir” la abundante información encontrada.

Esto permitió constituir puntos de abordaje (clasificación establecida según las categorías y sub-categorías de análisis esbozadas en el cuadro No. 1), y así, a partir del agrupamiento de los contenidos, elaborar relaciones o comparaciones (similitudes-diferencias), para la explicación de los temas abordados a lo largo del proceso investigativo.

Las entrevistas realizadas a las profesionales fueron grabadas de manera digital para ser transcritas y así facilitar su análisis (Ver Anexo No. 5). Las transcripciones fueron impresas y revisadas de manera minuciosa, organizando la información pertinente para el desarrollo del respectivo capítulo. De igual manera, se identificaron coincidencias y divergencias de la información obtenida, según las categorías de análisis establecidas previamente, que permitieron esquematizar y relacionar los temas a abordar.

Es así como la información registrada se agrupó en categorías y sub-categorías, las cuales -dentro del proceso investigativo- constituyen puntos de partida, siendo enriquecidas y/o modificadas a la luz del análisis intensivo y de totalidad realizado, así como de la aproximación teórica y del posicionamiento epistemológico.

Dado que este TFG se desarrolla bajo la modalidad de Seminario de Graduación, las tres investigadoras asumieron la responsabilidad por el desarrollo de uno de los objetivos específicos, y se crearon espacios de encuentro y reflexión para discutir los avances y construir colectivamente el conocimiento sobre el objeto de estudio.

Esto facilitó la selección de la información para el sustento de los diferentes apartados y capítulos, por medio del contraste a la luz del marco teórico-conceptual, lo que permitió analizar la información documental y las entrevistas

realizadas, y permitió arribar a las conclusiones sobre los hallazgos de esta investigación. Sin embargo, se debe aclarar -que al constituir un proceso de ida y vuelta- los hallazgos y conclusiones se lograron extraer durante todo el proceso investigativo y no sólo al final de éste, por medio de la constante revisión bibliográfica, así como desde la realización de las entrevistas y/o consultas a los(as) diferentes profesionales.

2.6.5 Limitaciones encontradas para el desarrollo de la investigación

Como principal limitante se encuentra la dificultad para el acceso a la información, esto se traduce en términos de tiempo de los(as) profesionales para brindar documentación, o bien, el espacio requerido para establecer una conversación o entrevista. En la mayoría de instituciones existe un procedimiento para que se genere este espacio, por ejemplo, se requiere presentar una carta de la Escuela de Trabajo Social dirigida a la persona encargada, lineamientos burocráticos que se convirtieron en obstáculos para cumplir con los plazos establecidos para el desarrollo de la investigación.

Por otra parte, algunas ONG's no brindaron una total apertura para el acceso a su documentación, por el contrario, mostraron recelo y desconfianza sobre la forma en que ésta iba a ser utilizada, además de que existían algunos protocolos para la "intervención" profesional, que solamente podían ser manipulados por los(as) funcionarios(as). En el particular de la Asociación Comunidad Encuentro, pese a que se realizaron numerosos intentos por concretar reuniones, y bien, se buscaron otros medios de acceso como el contactar a funcionarios(as) del IAFA (institución estatal que debería brindar estos datos, al ser la encargada de supervisar las ONG's asociadas con la temática), se obtuvo escasa información y no hubo respuesta por parte de la Asociación.

Situación similar aconteció con varios centros privados (Clínica Integral Nueva Vida, Centro de Tratamiento Tropical Oasis, entre otras) que efectúan procesos de atención con esta población, debido a que no existió posibilidad ni vínculo para el intercambio de información, lo cual se consideró como un inconveniente para el proceso.

Una vez planteadas las principales limitantes que se enfrentaron en el proceso investigativo, así como las premisas metodológicas que guiaron su curso en razón del logro de los objetivos, resulta trascendental señalar la postura teórica desde la cual se partió para comprender y analizar el objeto de estudio.

Capítulo III: Marco Teórico-Conceptual

A partir del planteamiento del problema de investigación, se presenta en este apartado la conceptualización y/o explicaciones sobre las temáticas que se consideran centrales para el análisis y que permitieron guiar su curso.

De ese modo, en un primer esfuerzo analítico-reflexivo se procedió a establecer las siguientes categorías teóricas: Estado, Políticas Públicas, Derechos Humanos, Farmacodependencia, Adolescencia y Trabajo Social. Tales categorías posibilitaron una mayor aprehensión del objeto de estudio, en tanto, orientaron la investigación desde una determinada visión de mundo, presentándose bajo la forma de premisas fundamentadas en el debate teórico analizado desde la postura histórico-crítica.

Se considera que el objeto de estudio está determinado por las condiciones socio-históricas imperantes, comprendiendo que la realidad no se visualiza como la suma aislada de las partes y, que su carácter histórico y cambiante permea ese objeto. En este sentido,

(...) un análisis histórico crítico, es aquel que busca comprender la ontología, totalidad y génesis que se determinan en el objeto de análisis. Se intenta aprehenderlo en su relación con el modelo de producción capitalista especialmente, y su desarrollo histórico de manera dialéctica (Esquivel, 2002, p.45).

Partiendo de esta postura, se torna posible retomar aspectos tales como la historicidad, la totalidad y la contradicción; esto desde una visión crítica de las relaciones sociales y el reconocimiento de las condiciones económicas, políticas y

sociales que caracterizan el modo de producción capitalista, así como las reconfiguraciones que adquiere el Estado, institución que en la actualidad se cubre bajo el modelo neoliberal-globalizador.

Esta aproximación teórica se organiza alrededor de tres premisas, que facilitaron el acercamiento al objeto, así como la lectura de sus determinantes sociales, económicos y políticos, esfuerzo que posibilitó la trascendencia de la inmediatez de las relaciones sociales y condujo a una mayor aprehensión de su esencia.

3.1 Premisa 1

El Estado neoliberal-globalizador desarrolla políticas públicas direccionadas al abordaje y a la reducción del narcotráfico, en detrimento de la protección de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

El Estado constituye un órgano complejo dotado de fisuras, debido a que es atravesado por las contradicciones de clases, de manera que tiene funciones económicas, políticas e ideológicas propias del sistema capitalista burgués. De acuerdo con Engels (2001) surge con la finalidad de proteger la propiedad privada y la división de clases.

En su meta de protección de los intereses de la clase hegemónica, el Estado se reconfigura a través de los diversos procesos socio-históricos, así es como en la actualidad, el Estado costarricense adquiere un carácter neoliberal, con el afán de responder a las demandas del mercado, según Vargas (2003), el neoliberalismo se caracteriza por la reducción de las acciones del Estado, lo que conlleva a la privatización de las instituciones públicas, delegando sus

responsabilidades en salud, educación y seguridad social, al sector privado y a la sociedad civil en general.

La delegación de esas acciones estatales le otorga un papel protagónico a las ONG"s al asumir procesos de trabajo vinculados a diversas temáticas, entre las que destaca el abordaje de la farmacodependencia en población adolescente.

En este contexto neoliberal-globalizador, se invierte el mínimo del presupuesto nacional en las políticas sociales, las cuales adquieren un carácter cada vez más focalizado, siendo percibidas como una estrategia para controlar y apaciguar las demandas de las masas populares.

Desde la concepción liberal, el Estado representa una institución que coloca y/o trata de responder a los intereses y las demandas de los diferentes grupos sociales mediante el establecimiento de distintas políticas públicas, las cuales se someten a procesos de formulación, ejecución y/o evaluación.

Según Güendel (2002), la política puede entenderse como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que implica la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad.

Cabe agregar que existen diversos actores políticos, económicos y/o sociales que intervienen en ese proceso de colocar en la agenda pública una determinada política, es decir, ésta surge ante una necesidad demandada por un sector de la población, que busca la reivindicación de sus derechos, o bien se traduce en una estrategia que pretendería responder "controladamente" a esas necesidades.

Una política de Estado -la cual no pertenece a éste, sino que es la manera en cómo éste le da respuesta a las exigencias sociales- es la definición más concreta de una visión de sociedad y se traduce en políticas de gobierno “aplicables” a las coyunturas cambiantes en períodos más cortos. La política estatal, concordando con Mata (2006), debería rebasar el horizonte temporal de una administración y concebirse, en el largo plazo, en una política que sea transversal en materia de salud, educación, infraestructura, seguridad, entre otras.

En síntesis, se puede plantear que la política pública es la respuesta estatal ante las necesidades y demandas de determinados grupos sociales; lo que implica una correlación de fuerzas, que le concede un carácter político e ideológico. Por tanto, no sólo representa un instrumento en el que se materializa la acción estatal, sino que también condensa los intereses de distintos actores, quienes luchan para colocar sus demandas en la agenda pública. Por lo que la elaboración de una política requiere ubicarse en un contexto socio-histórico determinado, recuperando condicionantes tanto nacionales como internacionales.

Concretamente en el abordaje de la farmacodependencia, estas políticas responden a parámetros y directrices establecidas por organismos internacionales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esto debido a que el MINSA -al cual está adscrito el IAFA- sigue dichos acuerdos asumidos y firmados por Costa Rica y por tanto, concibe la farmacodependencia desde una visión salubrista. Además, dicha vinculación entre las políticas y el plano internacional también se refleja en la normativa nacional e internacional que regula y sustenta las acciones emprendidas en torno a esta temática.

En términos de planificación, según Mata (2006), la estrategia nacional y el diseño de la política pública en materia de drogas, guiada por el ICD, se organiza

a partir de un Plan que presenta como objetivo general el enfrentar los problemas generados por el fenómeno droga en todas sus manifestaciones. Por tanto,

(...) el país cuenta con el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) ente responsable de diseñar el Plan Nacional sobre Drogas y coordinar las políticas de prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los farmacodependientes, así como, las políticas de prevención del delito: uso, tenencia, comercialización y tráfico ilícito de drogas, estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables, drogas y fármacos susceptibles de producir dependencia o síquica, precursores y sustancias químicas controladas (ICD, 2007, p.21).

Para el año 2007, el ICD se da a la tarea de confeccionar y/o formular el Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012, el cual "(...) se incorpora, como componente fundamental, al Plan Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Paz Social, 2007-2010" (Ibídem, p.21).

De acuerdo con Mata (2006), la política de droga, como una política de Estado, debe guardar coherencia y articulación con las demás políticas y con ello exhibir consenso, legitimidad, continuidad y proyección a largo plazo.

El Estado operacionaliza las políticas públicas a través de diversas instituciones, mediante su materialización en programas y proyectos orientados hacia la población adolescente. En materia de farmacodependencia, la constitución de dichas políticas está mediada por distintas conceptualizaciones y/o enfoques que se manejan para abordar la temática. De ahí la importancia de conocer las acepciones teóricas que existen en relación con la materia.

Cabe mencionar que el consumo de drogas ha permeado la realidad de distintas sociedades en diferentes momentos históricos (vinculado con patrones culturales), sin embargo, la complejidad del modo de producción capitalista repercute sobre estas sustancias, las cuales se convierten en mercancías y por tanto, son reguladas, es decir, su consumo se encuentra determinado por las leyes del mercado (oferta y demanda).

No obstante, el referirse a la farmacodependencia implicaría que ese consumo se asocie y/o conlleve conductas de dependencia (catalogándose desde la visión salubrista como una enfermedad continua y progresiva), es decir, si bien se vincula con el consumo, no puede reducirse a ello.

El consumo constituye un eslabón o una dimensión del fenómeno droga, ya que como sucede con cualquier otra mercancía, también se acompaña de un proceso de producción y comercialización (distribución). Y pese a que esta investigación se enfoca sólo a la farmacodependencia (vinculada con la dimensión consumo), no se puede desligar ni obviar que dicho fenómeno viene a condicionarla y determinarla.

Al aludir al fenómeno droga es relevante considerar que en ese negocio -el cual traspasa las fronteras nacionales para convertirse en una empresa internacional-, intervienen y se configuran diversos actores, mismos que se pueden ubicar en algún(os) momento(s) del proceso, ya sea en la producción, comercialización (venta y tráfico) y/o consumo. Ahora bien, la manera de proceder y abordar la farmacodependencia por parte de estos actores, va a estar determinada por la forma en que se comprende e interpreta el fenómeno droga. Comprensión que se ha basado -principalmente- en tres modelos explicativos, a saber: Ético-Jurídico, Médico-Sanitario y Geopolítico-Estructural (los dos primeros

enfocándolo como un “problema individual” mientras que el último considera la dimensión social). No obstante,

(...) al estudiar el tema de las drogas, hay que enfocar los dos tipos de determinación. La confluencia de lo individual y lo estructural se hace imprescindible. La determinación estructural quizá lleve a comprender mejor el problema al no ignorar el contenido socio-político del mismo (Del Olmo, 1985, p.25).

Tales modelos proporcionan una imagen de la persona consumidora así como el tipo de medidas adoptadas a partir de esa visión, aunado a ello, resulta trascendental apuntar que estos enfoques no son excluyentes sino que se complementan y/o interrelacionan entre sí, por lo que en la práctica no es posible encontrarlos “puros”, al contrario, se visualiza la convergencia de elementos de los diferentes enfoques.

3.1.1 Enfoque Ético-Jurídico

Este enfoque se sustenta “en la consideración de que el abuso de sustancias ilegales es en sí misma una conducta delictiva causante de las drogodependencias ante la que se deben adoptar medidas punitivas” (IAFA, 1995, p.100). Reflejado en la regulación de la producción, venta y consumo de sustancias psicoactivas, definiendo desde la legislación de cada país las drogas aceptadas y prohibidas socialmente (por lo tanto, sustancias lícitas o ilícitas); tal situación conlleva a la criminalización del uso de drogas, vinculándolo con la delincuencia.

Al referirse al modelo jurídico-represivo, Romaní (1997) acentúa que al tratarse el consumo bajo el prisma de un delito produce la criminalización y la

estigmatización de la condición de farmacodependencia. La persona al vincularse con drogas ilícitas, infringe una norma establecida por un determinado país, teniendo repercusiones legales.

Por lo que las políticas creadas desde este enfoque tienden a ser represivas y fragmentarias, en tanto, “las acciones se centran principalmente en eliminar del mercado la oferta de drogas ilegales, y castigar con penas de cárcel tanto a consumidores/as como a traficantes” (Abdallah y Berrocal, 2012, p.37). Sin embargo, cabe destacar que en el particular de las drogas lícitas se dictan medidas de tipo regulatorias.

Conjuntamente, conduce a la creación, ampliación y especialización de cuerpos policiales y burocráticos; y a la dependencia o, por lo menos, el condicionamiento progresivo de las políticas de los Estados respecto de quien tiene más influencia en la denominada “guerra contra la droga”, léase bajo las directrices y mandatos de la potencia mundial: Estados Unidos. Adoptándose medidas legales y represivas a nivel de producción, comercialización y consumo de drogas.

Al ser abordado como un “problema legal o de seguridad”, se hace la distinción entre drogas lícitas (permitidas por la ley) e ilícitas (prohibidas), tal regulación en Costa Rica responde a directrices emanadas por organismos como la ONU y la OEA (entidades que promulgan acuerdos y convenios que son ratificados por el país). Un ejemplo de esto, es que en Costa Rica se penaliza el tráfico de drogas ilícitas, no obstante, su consumo no es sancionado; en el caso de las bebidas alcohólicas, se denota un patrón cultural que promueve y tolera su ingesta, observándose que su producción, distribución y consumo no resulta una práctica prohibida pero si regulada. Tal distinción entre legales e ilegales alude,

según Del Olmo (1992), a una división basada más en un criterio político que científico.

3.1.2. Enfoque Médico-Sanitario

Este enfoque, al considerar la farmacodependencia como el consumo continuo y progresivo de una droga propiciando una conducta de dependencia, concibe a la persona como enferma y la droga es la causante de esa condición. Según Abdallah y Berrocal (2012), a nivel internacional existen dos manuales que orientan la comprensión de las diferentes manifestaciones conductuales de la farmacodependencia, a saber: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades aprobado por la OMS, décima versión (CIE-10).

El modelo de corte salubrista sustenta y guía la visión de la OMS, lo que influye en la concepción del MINSA (lo que a su vez determina el marco conceptual del IAFA). Esta última institución se basa en el DSM-IV para la definición de las manifestaciones conductuales de la farmacodependencia, el cual define varios términos que se asocian con el uso de drogas, a saber: adicción, dependencia⁷, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Siguiendo con Abdallah y Berrocal (2012), desde este modelo, se trata de explicar la farmacodependencia utilizando manuales médicos para diagnosticar enfermedades, enfocándose en las características conductuales y biológicas del consumo.

⁷ Según Bejarano et al. (2009), la dependencia consiste en un conjunto de tres o más síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos, que revelan que una persona continúa utilizando la droga pese al surgimiento de problemas significativos relacionados con ésta.

Con esta concepción del adicto como enfermo, los psiquiatras se convierten, aunque inconscientemente, en los policías del sistema. Tienen que suministrar “tratamiento” para que los adictos dejen la droga y se conviertan en ciudadanos productivos, pero ese tratamiento muchas veces es obligatorio, recomendando el internamiento del paciente (Del Olmo, 1985, p.61).

Esto propicia -en la mayoría de los casos- que se trascienda de un consumo ilegal a uno legal a través del tratamiento, debido a que se emplean tranquilizantes u otros medicamentos producidos por los grandes laboratorios, quienes a su vez obtienen su ganancia de este negocio. Se observa que lo que se persigue es la “cura” de una enfermedad (reemplazando una droga ilícita por una lícita, controlándolo con boletas que autorizan la venta y el consumo), en cuyo tratamiento lo que priva es el control de la persona consumidora, sustituyendo la preocupación real por su salud y anulando que el abordaje de la farmacodependencia no sólo compete al área de salud. Este planteamiento refleja la existencia de numerosos intereses vinculados a su atención, privilegiando la obtención de ganancias -económicas y políticas- a costa de la salud y de los derechos de la población consumidora del país, en particular, de los(as) adolescentes farmacodependientes. En otras palabras,

En el fondo la posible peligrosidad de esas sustancias no es lo que está en juego y mucho menos el interés por la “salud pública” sino más bien poderosos intereses de tipo económico y político que deben ser esclarecidos para evitar que quienes quieren controlar el negocio continúen con la manipulación y la confusión (Del Olmo, 1992, p.35).

Al tratarse como un aspecto de salud pública, de acuerdo con Romaní (1997), se contempla al drogadicto-enfermo (individuo que hay que curar), lo que

implicará una institucionalización que definirá una carrera o un tránsito para la o el paciente por distintos niveles de atención. Como se observa, lo que se busca es tratar una “enfermedad”, adjudicando que si bien quien consume no es culpable por ella, si es estigmatizado(a), denigrado(a), desvalorizado(a) y se adoptan tratamientos orientados a su “reinserción”, achicándole a la persona la responsabilidad por no “calzar” ni “ajustarse” a los parámetros impuestos socialmente. Por lo que el interés que priva es el del sector hegemónico, que bajo la óptica engañosa del “bien común”, aísla (ya sea en hospitales, centros de rehabilitación o penitenciarios, entre otros) a esta población.

3.1.3. Enfoque Geopolítico-Estructural

Un tercer enfoque que pretende abordar la farmacodependencia es el Geopolítico-Estructural, en el que “se plantea la cuestión del consumo y tráfico de drogas como un *asunto de Estado*, más allá de su mera consideración como problema de salud pública” (Bejarano, 1994, p.48). En otras palabras, constituye un problema que le concierne a toda la sociedad, estableciendo que las causas del consumo se encuentran a nivel contextual y no individual, ampliándose la conceptualización al fenómeno droga y no sólo a su consumo.

Según Abdallah y Berrocal (2012), este modelo surge en 1987 como una propuesta de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), y buscaba responder a las características específicas de América Latina. Se maneja la visión de que la farmacodependencia y el narcotráfico son dimensiones que van de la mano, por lo que las respuestas se dirigen tanto a las consecuencias como a las causas del “problema” de las drogas; a partir de esta postura, se considera que una persona puede ser tanto consumidora como traficante.

Desde este enfoque se concibe la droga como una mercancía en el modo de producción capitalista y se intenta explicar la invasión de Estados Unidos en América Latina, la cual se presenta como la culpable del problema de drogas, en razón de que los países subdesarrollados figuran como los grandes productores, lo que condujo a un proceso de militarización. Así “(...) el verdadero 'problema' de las drogas quienes especialmente lo sienten son los pueblos conquistados o colonizados” (Del Olmo, 1985, p.36).

De acuerdo con Abdallah y Berrocal (2012), la crisis económica que afecta a América Latina en la década de los ochentas generó que el tráfico ilegal se convirtiera en una alternativa para mejorar sus condiciones socioeconómicas. Tal situación conlleva a que el narcotráfico se transforme en un gran negocio, lo que a su vez implica que la demanda de drogas tenga un crecimiento significativo, en otras palabras, mientras el consumo de drogas aumente, la oferta de las sustancias también lo hará y viceversa.

En el caso de Costa Rica, se podría señalar que ha figurado como un “país de paso, de tránsito, de puente”, es decir, ha funcionado como el vínculo entre los países productores y los consumidores; denotándose que sirve de conexión y que la cantidad de droga que se queda en sus fronteras es mínima en comparación con otros países. En este sentido, refiriéndose al control de la oferta, se constituye en “(...) país de tránsito, almacenamiento y reexportación, localizado entre los grandes productores de Sur América y los grandes países consumidores de Norte América y Europa” (ICD, 2007, p.26).

3.1.4. Concepción de farmacodependencia que fundamenta y guía la investigación

Para la presente investigación, se parte de considerar la farmacodependencia como una condición socio-histórica que engloba factores tanto económicos, políticos, sociales y culturales; por tanto, su abordaje debe darse de modo integral, incluyéndose el análisis de dichos factores. Su estudio debería incorporar las causas que propician el inicio del consumo (en aras de trabajar en el ámbito de la prevención) y las consecuencias que se originaron tanto en la persona como en su entorno (enfocando la ejecución de las políticas a esta realidad).

Al constituirse en un consumo continuo y progresivo (asociado con conductas de dependencia) genera el deterioro de la salud física, requiriendo que la o el farmacodependiente necesite un proceso de desintoxicación que le permita -a nivel biológico- superar esa dependencia, no obstante, los procesos de trabajo con la persona no concluyen ahí, debido a que las consecuencias no sólo se presentan a nivel físico, sino que afectan también sus relaciones sociales (familiares, amigos/as), actividades cotidianas (estudio, trabajo, recreación), recurso económico, su salud emocional (inclusive cuando el uso se da por un tiempo muy prologando, se pueden presentar complicaciones mentales), entre otras.

La farmacodependencia no puede desligarse ni verse aislada del fenómeno droga, ya que al constituirse en un elemento de la dimensión consumo, también se ve determinado por el mercado. Las drogas adquieren la concepción de mercancías en el modo de producción capitalista, en el que predomina el interés relacionado con la generación de plusvalía.

El uso indiscriminado de estas sustancias, siguiendo a Mazzotti (s.f), surge con el desarrollo de las sociedades de consumo, como parte de la cultura capitalista. Esta autora concuerda con Del Olmo (1992), al argumentar que el surgimiento del capitalismo genera que las drogas se conviertan en mercancías, es decir, dejan de tener exclusivamente valor de uso para adquirir también valor de cambio. En este sentido, se puede hacer referencia a la época de la Conquista y a la droga coca⁸ para ilustrar esta situación; al extraer los metales preciosos de Perú y Bolivia, los(as) españoles(as) explotaron a los(as) aborígenes, a quienes se les daba la hoja de coca para que soportaran las inclemencias del tiempo y una vez que su cuerpo se acostumbraba a ella, también la empleaban como forma de pago, lo cual -de cierto modo- funcionaba para que no se revelasen a su explotación (por lo que la droga se convierte en un mecanismo de control y de dominio).

Al adquirir el carácter de mercancía, se concuerda con Mazzotti (s.f), el fenómeno de las drogas se transforma en un campo de batalla de conflictos económicos e ideológicos y no un símbolo de preocupación por la salud pública como pretende presentarse.

En otras palabras, la farmacodependencia, al ubicarse como parte de un fenómeno tan complejo, no puede remitirse ni ser abordada únicamente desde el ámbito biológico, ya que ésta adquiere características económicas, políticas y sociales. De ahí que se plantea como una condición socio-histórica que se origina en un contexto capitalista, marcado por relaciones desiguales y por la configuración de las máximas expresiones de violación de derechos humanos.

⁸ Del Olmo (1985), en su libro "La Socio-Política de las Drogas" analiza ampliamente el cambio que adquieren las drogas en el modo de producción capitalista, concretamente con el ejemplo de la coca en la conquista de América y el opio en la colonización de Asia.

Si bien la persona⁹ es quien toma la decisión de ingerir la droga, existe un contexto socio-económico que determina y condiciona ese consumo, aspecto que suele anularse u obviarse cuando se realiza un estudio relacionado con esta temática. A tal argumento se torna alusivo lo planteado por Del Olmo (1985) cuando infiere que “(...) la explotación no es tanto al productor como lo es al consumidor de drogas” (p.47).

Al obviarse el contexto socio-económico y la concepción de droga como mercancía, se acentúa la violación y el irrespeto de los derechos de las personas farmacodependientes, más aún, si quienes consumen la droga son poblaciones específicas como los(as) adolescentes. Lo anterior, debido a que sin incurrir en el consumo, ya son víctimas de grandes violaciones a sus derechos y repetidos actos de discriminación, invisibilización y minimización.

Esa situación se sostiene en la visión cultural que promueve y legitima estereotipos vinculados al consumo y a la dependencia de drogas, tal es el caso de su asociación con un “problema de seguridad o de salud”. Por tanto, es necesario romper con las concepciones reduccionistas que plantean la farmacodependencia como un asunto sólo de índole biológica (enfermedad) o un problema legal (delincuencia) y, que culpabilizan y/o responsabilizan a la persona por su condición, y a su vez, revierte en la discriminación y la negación de sus derechos.

⁹ Se recalca que “No es posible afirmar que todas las personas que han usado drogas alguna vez en su vida, sean farmacodependientes; sin embargo, cuando este uso se hace más constante y genera una adicción, ya la persona entra en una situación de peligro” Abdallah, G. & Berrocal, A. (2012). El Trabajo Social en la Política Social Costarricense en el campo de la Farmacodependencia: origen y transformaciones históricas. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José. p. 69.

En ese sentido, se debería investigar las causas y consecuencias de la farmacodependencia, reconociendo que se amerita considerar el contexto socio-económico y las implicaciones que en todos los ámbitos presenta esta condición. Esto se asocia con tomar en cuenta que existen factores protectores y de riesgo que influyen y/o propician que un(a) adolescente inicie el consumo y que posteriormente, se desencadene en una condición de dependencia; cabe aclarar que los factores no son los mismos para toda la población, en razón de que éstos dependen de las condiciones de vida de cada adolescente.

3.2 Premisa 2

Los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia son sujetos(as) de derechos y el Estado tiene obligaciones en su protección.

3.2.1. Concepciones sobre Derechos Humanos

El objeto de estudio de esta investigación precisa colocar el debate sobre los derechos humanos de la población adolescente y las obligaciones del Estado de garantizarlos. Cabe resaltar que existen diferentes concepciones acerca de los derechos humanos entre las que sobresalen las posturas iusnaturalista, la positivista, la ético-dualista y la histórico-relativista. La primera, parte de que los derechos son naturales, es decir, son inherentes al ser humano, anteriores y superiores a las legislaciones. Esta postura encuentra sus orígenes en la Ilustración, fundamentalmente en autores como Locke, Hobbes, Rousseau, entre otros.

Por su parte, la fundamentación positivista comprende los derechos humanos como positivos o basados en leyes positivas, siendo derechos como tal en cuanto resulten reconocidos por el ordenamiento legal y sean respaldados por

la tutela jurídica del Estado. La corriente iusnaturalista así como la positivista, han llevado al establecimiento de otras posturas, consideradas variantes de éstas. Este es el caso de la ética-dualista, la cual según Marlasca (1998), parte de que el derecho positivo no crea los derechos humanos, sino que los garantiza al reconocerlos y convertirlos en normas jurídicas. Además, establece que los derechos humanos son exigencias éticas que los seres humanos tienen por el hecho de ser tales, por tanto, le concede un carácter moral.

A su vez, la postura histórico-relativista resalta el carácter histórico de los derechos, los cuales van a depender del momento en el que se ubiquen, de ahí su carácter relativista. Los derechos podrán entenderse como realidades cambiantes que se diferencian en su estructura y contenido, dependiendo de las condiciones históricas (según diferentes inspiraciones ideológicas, por las transformaciones del Estado, entre otras). Tal y como apunta Bobbio (1990),

El elenco de los derechos humanos se ha modificado y va modificándose con el cambio de las condiciones históricas, esto es, de las necesidades, de los intereses, de las clases en el poder, de los medios disponibles para su realización, de las transformaciones técnicas, etc. [...] Lo que prueba que no existen derechos fundamentales por su propia naturaleza. Aquello que parece fundamental en una época histórica y en una civilización determinada, no es fundamental en otra época y en otra cultura. No se comprende cómo se puede dar un fundamento absoluto de derechos históricamente relativos (pp. 56-57).

Dicho relativismo se refleja en la determinación de las distintas tipologías sobre derechos humanos, principalmente, al ser clasificados en primera, segunda y tercera generación, sin embargo, hay autores(as) que infieren una cuarta y una quinta. Gallardo (2000) señala que estas dos últimas apuntan a las exigencias de

nuevos actores y movimientos sociales así como a los impactos que las tecnologías de punta de finales de siglo producen en la existencia humana.

En el contexto actual, dominado por un sistema capitalista de corte neoliberal, distintos(as) autores(as) cuestionan la “asignación” de algunos derechos por encima de otros, en aras de legitimar la hegemonía del sistema, dejando en segundo plano la satisfacción de los derechos sociales, económicos y culturales. Al respecto, Cortina (1999) parte de que los derechos al ser históricos, al Estado social de derecho le corresponde la defensa y exigibilidad de éstos, como una exigencia ética (lo que denomina un mínimo de justicia que debe ser satisfecha por el Estado), ya que la búsqueda de la igualdad no puede dejarse bajo la tutela del mercado.

Ante este panorama, se destacan los planteamientos de Bobbio (1990), con respecto a los múltiples intentos de fundamentar los derechos humanos desde distintas posiciones teóricas y filosóficas: “El problema de fondo relativo a los derechos humanos no es hoy tanto el de justificarlos, como el de protegerlos. Es un problema no filosófico, sino político” (p.61). Si bien su comprensión es necesaria para llevar a cabo acciones concretas en aras de la defensa y exigibilidad de los derechos, la mayoría de ocasiones no se trasciende más allá de esfuerzos por esclarecer las fundamentaciones teóricas, restándole relevancia a la manera en cómo se da la respuesta a las demandas de la población. Lo anterior, conlleva a que se obvие la existencia de grupos de presión y de poder que se enfrentan en un campo lleno de contradicciones.

Una vez contempladas las distintas acepciones y posturas, se destaca que para la presente investigación se parte de que los derechos humanos son y se encuentran inmersos en una contradicción propia del proceso histórico y que existen aquellos reconocidos, producto de conquistas de la sociedad civil -por

medio de luchas y movimientos sociales-. Sin embargo, no puede ignorarse que el proceso de positivización y reconocimiento jurídico está mediado por intereses hegemónicos, ligándose a la noción de derechos como concesiones del Estado. En otras palabras,

En relación al surgimiento de los derechos humanos, no se puede atribuir solamente a la conquista de diversos grupos sociales ni tampoco a una deliberada concesión de los Estados para responder a las necesidades de la población. Más bien se trata de una cuestión contradictoria, que en el campo de luchas por la hegemonía, ha permitido que algunos grupos sociales en un determinado contexto histórico, coloquen sus esfuerzos políticos en derechos defendidos universalmente (Brenes y Chacón, 2009, p. 82).

Esa respuesta que se busca para garantizar los derechos humanos se encuentra íntimamente ligada con el tema de políticas públicas, las cuales se materializan en programas y proyectos operacionalizados por las distintas instituciones. Por lo que resulta medular para la investigación conocer si el Estado cumple su papel como garante -establecido en las diferentes legislaciones- de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia.

3.2.2. Concepciones sobre Adolescencia

La adolescencia como etapa en el desarrollo humano se encuentra permeada de percepciones y estigmas, resultado en gran medida por las diferentes visiones y concepciones que han surgido para establecer qué es y qué la determina, originando un amplio panorama de definiciones, que en su mayoría se contradicen entre sí.

De manera que existen diferentes esfuerzos por conceptualizar la adolescencia, algunos(as) autores(as) enfatizan en el componente biológico (relacionado con cambios físicos) y otros(as) en las transformaciones a nivel psicosocial. No obstante, la mayoría de definiciones coinciden en que se trata de una etapa del desarrollo evolutivo humano transicional entre la infancia y la adultez, que involucra cambios a nivel biológico, cognitivo, emocional, cultural y social.

Es difícil determinar el momento preciso en el que se da la transición en la persona de adolescente a la etapa adulta. Los(as) autores(as) que abordan el tema (esbozados posteriormente) buscan colocar márgenes de edades para precisar la etapa de la adolescencia, basándose en legislaciones o en lo establecido por diferentes instancias a nivel nacional e internacional; muchas de las cuales han establecido ciertos rangos con fines legales, estadísticos, de planificación, entre otros.

A modo de ejemplificar lo anterior, el Código de la Niñez y la Adolescencia de Costa Rica señala que se entiende por adolescentes a aquellas personas mayores de 12 y menores de 18 años, mientras que la OPS y la OMS conciben esta etapa como el período de vida entre los 10 y los 19 años de edad, dividiéndola en dos fases, a saber: “la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años” (OPS, 2011, sitio web). Así mismo, los rangos son determinados por promedios de edad en las que las personas comienzan los cambios biológicos y físicos en la pubertad, hasta alcanzar la madurez sexual.

A raíz de tales consideraciones, se evidencia que los límites de esta etapa no están claros, pues no sólo entran en consideración factores como los cambios a nivel biológico, sino también patrones socio-culturales. Lo anterior, es posible ilustrarlo con el ejemplo de que se considera la adultez cuando la persona logra

independencia económica del hogar por medio de la incorporación al mercado laboral (que en Costa Rica se establece a partir de los 15 años), así como cuando adquiere participación política por la posibilidad de ejercer el sufragio a los 18 años, los cuales son aspectos que se encuentran determinados por el contexto donde se inserte cada quien.

Otras conceptualizaciones reflejan posturas que colocan la adolescencia como una “etapa problemática”, identificándose una tendencia a una visión negativa hacia los(as) adolescentes. Esto, al caracterizarla como un período de conflicto, rebeldía, “desadaptación”, crisis e inestabilidad; interpretaciones que conllevan a crear un concepto estereotipado.

Tales posturas se alejan de la comprensión de que los(as) adolescentes se posicionan dentro de una sociedad adultocentrista, la cual concede el poder y el control a las personas adultas, considerando que en esta etapa se tiene una “mayor estabilidad” emocional, económica y de toma de decisiones. Al respecto, según Chávez (citado en Charpentier y Cornejo, 2010), bajo este contexto adultocentrista en el que los derechos de las personas jóvenes se minimizan, se percibe la adolescencia:

(...) signada por el *gran no*, es negada (modelo jurídico) o negativizada (modelo represivo), se le niega existencia como sujeto total (en transición, incompleto, ni niño ni adulto) o se negativizan sus prácticas (juventud problema, juventud gris, joven desviado, tribu juvenil, ser rebelde, delincuente) (p.13).

Es así como dichos(as) autores(as) señalan que se debe enfatizar en la adolescencia como un proceso de desarrollo y crecimiento, que trasciende los cambios biológicos, ya que implica considerar elementos sociales, culturales y de

personalidad. De ese modo, se integran aspectos psicosociales y se concibe como producto de condiciones históricas particulares, evitando categorizarla como un “síndrome” o como una “transición distorsionada” que puede generar “desadaptación”.

De ahí que se plantee que la adolescencia “(...) no es un proceso meramente biológico sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las estructuras sociales y culturales” (Donas, 1997, p.1). Estructuras que vienen a condicionar el desarrollo de esta población dentro de la sociedad, brindando apertura a la participación e involucramiento a nivel social y político, o bien negando estos espacios (negación intrínseca a la sociedad capitalista neoliberal).

Evitando caer en una visión negativa, surgen definiciones que enfatizan en la adolescencia como una etapa de desarrollo específica e importante en el ciclo vital de las personas, comprendiéndola dentro de contextos sociales y culturales determinados que influyen en su desarrollo:

La adolescencia es un período importantísimo en el desarrollo de la persona, en ella no sólo se experimentan cambios en el cuerpo sino también en su forma de ser y ver el mundo que le rodea. En este período se toman decisiones fundamentales y se adoptan patrones sociales y culturales que en su conjunto definen la identidad del o la joven (Acosta, 2005, p.39).

En concordancia con lo anterior, se coincide con los planteamientos del III EDNA en Costa Rica del año 2002, en donde se parte de un nuevo paradigma de la niñez y la adolescencia basado en el Enfoque de Derechos, el cual se consolida a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). En

éste se da un cambio al pasar de concebir a las personas menores de edad como sujetos(as) que deben ser tutelados(as) en virtud de su vulnerabilidad social y política, por una concepción que conlleva a reconocer la capacidad de autonomía de la niñez y adolescencia, ya que es obligación del Estado propiciar las condiciones para que se desarrollen sus potencialidades como sujetos activos(as).

Por ende, para la presente investigación se comprende la adolescencia como un proceso histórico de desarrollo, que va más allá de una delimitación por edades, en el que se visualiza a los(as) adolescentes como sujetos(as) sociales con derechos políticos, culturales, sociales y económicos. Se parte de que son actores estratégicos del desarrollo con la capacidad de tomar decisiones, lo cual implica trascender las concepciones adultocéntricas que continúan permeando las definiciones sobre la temática.

Conjuntamente, se rescatan los múltiples factores que inciden en el desarrollo de los(as) adolescentes, constituyéndose en un grupo heterogéneo con diversas características sociales, culturales y económicas. A raíz de esto, la respuesta que se le brinde a sus necesidades debe contemplar las condiciones históricas y contextuales, más aún si se alude aquellos(as) en condición de farmacodependencia, ya que su abordaje implica reconocer las variadas y complejas circunstancias que podrían provocar o evitar el consumo de sustancias legales o ilegales en edades tempranas, convirtiéndose en elementos fundamentales para la comprensión y el accionar llevado a cabo con dicha población.

Se tiende a categorizar en dos tipos de factores: de riesgo y los protectores. Según Chavarría y Robles (2008), se entienden los primeros como “circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema” (p.58). Es decir, refiere a

aquellos que pueden provocar que una persona sea más “propensa” a vincularse al consumo, producción y/o distribución de la droga; entre los que se puede citar: el ambiente familiar, el comunal, entre otros. Por su parte, los protectores son catalogados como aquellos que evitan la incidencia en el consumo.

Los factores de riesgo surgen del modelo de salud pública, y su abordaje se asocia con el enfoque de Habilidades para la Vida, el cual figura como base y orienta la mayoría de programas y proyectos que -actualmente (2013)- se impulsan desde las instituciones, ya que se ha demostrado (en diferentes estudios y encuestas, que serán abordadas en capítulos posteriores), como la edad de inicio del consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas ha disminuido considerablemente.

Si bien el consumo de drogas afecta a la población en general, históricamente los(as) adolescentes se encuentran en mayor vulnerabilidad, puesto que la farmacodependencia (considerada como una condición socio-histórica que encierra diferentes factores) se tiende a relacionar y/o propiciar otras condiciones, como la expulsión del sistema educativo, condición de calle, explotación sexual comercial, “delincuencia”, entre otras. Lo que se traduce en que esta población cuente con pocas opciones de atención y tratamiento, siendo una lesión directa a sus derechos, acentuado por la resistencia que gira en torno a ellos(as), al considerarse como una “población conflictiva”, lo cual se puede adjudicar a las múltiples características que complejizan su abordaje, entre otros factores.

Ejemplo de ello lo constituye que, erróneamente, se generalice que todo(a) adolescente en farmacodependencia difícilmente vaya a “superar” esa condición, o bien, se les tiende a estigmatizar como “vagabundos(as)”, o “maleantes”,

condenándolos(as) al rechazo social, que a su vez, provoca que los esfuerzos en su tratamiento y recuperación sean desestimados.

En síntesis, el o la adolescente al vincularse con el uso, abuso y/o dependencia de drogas se enfrenta a una mayor violación de sus derechos -tales como salud, vivienda, educación, familia, derechos sexuales y reproductivos entre otros-, a los cuales el Estado debe de dar respuesta. Lo anterior, al representar una población que se ve expuesta a distintos factores de riesgo y a la visión adultocéntrica presente en las desiguales relaciones sociales, acentuadas en una sociedad capitalista (neoliberal y patriarcal).

Situación que propicia un incremento en la vulnerabilización y estigmatización de la población adolescente, en tanto, las estructuras sociales, económicas y políticas no proveen las condiciones necesarias para su desarrollo, lo cual, en concordancia con Hidalgo y Largaespada (2009), se traduce en el incumplimiento de derechos y manifiesta las condiciones de exclusión social que refieren a la inequidad en el acceso y, distribución de los bienes y servicios.

Ante esto, cabe resaltar que en las diferentes legislaciones y normativas a nivel nacional e internacional (las cuales se detallan en el Capítulo V) se tienden a centrar los derechos de los(as) adolescentes en farmacodependencia, con los temas relacionados a la salud (desde un enfoque salubrista, como una enfermedad que amerita tratamiento), y a la educación (enfaticando en los servicios de prevención desde los programas educativos) que el Estado debe garantizar.

Sin embargo, se deja de lado que dicha condición afecta más aspectos que ameritan un abordaje, por ejemplo, el derecho a vivienda (al ser muchos/as expulsados/as de los hogares), los derechos sexuales y reproductivos (ya que el

consumo de drogas en ocasiones se vincula con situaciones de explotación sexual comercial), el derecho a la libertad (si se considera que un internamiento es privar a la o el adolescente de estar con su familia), entre otros, que si se abordan para los(as) adolescentes, pero no específicamente para quienes se encuentran en condición de farmacodependencia.

Tal contexto viene a determinar y a condicionar los procesos de trabajo que se efectúen con las distintas poblaciones, en el caso particular, con los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia. Trabajo Social se inserta en programas y proyectos direccionados a la atención de esta población, por lo cual resulta pertinente retomar la profesión como un agente mediador de la política pública.

3.3 Premisa 3

Históricamente, la profesión de Trabajo Social se ha constituido en mediadora entre las políticas públicas y la población adolescente en condición de farmacodependencia, esto al insertarse en procesos de trabajo vinculados a su atención.

Para realizar un análisis del Trabajo Social se requiere colocar la categoría trabajo, y ésta como fundante del ser social. Dicha categoría se muestra como mediadora de lo cotidiano, tanto de las personas como de la profesión, ya que es esta última, la que históricamente ha respondido a las demandas y necesidades que se les presentan a las personas en su cotidianeidad, a través de los procesos de trabajo¹⁰ en que se inserta.

¹⁰Se comprende que “Todo proceso de trabajo implica una materia prima u objeto sobre el cual incide la acción; medios o instrumentos de trabajo que potencializan la acción del sujeto sobre el objeto; y la propia actividad, o sea, el trabajo orientado a un fin que resulta en un producto” lamamoto, M. (2003). El Servicio Social en la Contemporaneidad: Trabajo y formación profesional. Sao Paulo: Cortez. p. 80.

Ante esto, resulta importante enfocar la discusión sobre el trabajo efectuado por Trabajo Social bajo una perspectiva de totalidad de la realidad y así, vincular la profesión con la praxis social, la cual:

[...] transforma el mundo exterior que es independiente de su conciencia y de su existencia. El objeto de la actividad práctica es la naturaleza, la sociedad o los hombres reales. El fin de esa actividad es la transformación real, objetiva, del mundo natural o social para satisfacer determinada necesidad humana. Y el resultado es una nueva realidad, que subsiste independientemente del sujeto o de los sujetos concretos que la engendraron con su actividad subjetiva, pero que, en definitiva, sólo existe por el hombre y para el hombre, como ser social (Sánchez, 1980, p.236).

Así, la praxis se entiende como la función social de la profesión, y por tanto, debe considerarse su efectivización en el modo de producción capitalista; dentro de este modo, según Castro y Madriz (2010), se visualiza como fuerza de trabajo (intelectual), intercambiable mediante una relación de asalariamiento. Por lo que es posible inferir que Trabajo Social surge como una profesión dentro de la división social del trabajo en la fase del capitalismo monopolista, la cual no se realiza aisladamente y se inscribe principalmente en el marco de reproducción del Estado -constituyéndose en su mayor empleador-y a su vez, viene a responder a las exigencias de la estructura económica, política y social.

Cabe acentuar que las exigencias socio-históricas actuales han provocado transformaciones en la profesión, es decir, al constituirse "(...) el Trabajo Social resultado de las condiciones histórico-sociales, donde se instaura como profesión y toma un lugar en la división social (y técnica) del trabajo [...] aquel se ve afectado y determinado en su ejercicio por las transformaciones" (Esquivel, 2003,

p.129); lo que origina profesionales en Trabajo Social cuya participación se vincula a “intervenir” en la “cuestión social”¹¹ (materia prima de su trabajo).

Así, la profesión se aboca a la prestación de servicios sociales, convirtiéndose en mediador entre la clase trabajadora y la hegemónica. Aspecto retomado por Iamamoto (2003) al colocar que Trabajo Social es considerado como un mecanismo institucional, por medio del cual se logran trascender las iniciativas del Estado, a través de los servicios sociales.

De ese modo, los(as) profesionales, siguiendo a la autora (2003), se constituyen en sujetos(as) partícipes en el proceso “[...], mediadores de los intereses del capital o del trabajador(a), ambos presentes y enfrentados, en las condiciones en que se efectiviza la práctica profesional” (Ibídem, p.111). Dicha práctica, a su vez, permite legitimar la profesión, lo cual responde a que la participación de los(as) trabajadores(as) sociales es activa y reconocida, colocándose como fundamental en función de las necesidades de las diversas poblaciones.

En virtud del objeto de estudio de la presente investigación, se requiere que el análisis trascienda y permita comprender -situando de fondo el panorama de la génesis de la profesión en el capitalismo-, que en la contemporaneidad se gesta una progresiva mercantilización de la atención de las necesidades sociales, en particular, aquellas de la población adolescente en condición de farmacodependencia. Lo anterior, incide y provoca que los servicios sociales dejen

¹¹ Entendida como “El conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tienen una raíz común; la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad” Iamamoto, M. (2003). El Servicio Social en la Contemporaneidad: Trabajo y formación profesional. Sao Paulo: Cortez. p. 41.

de constituirse en derechos y se conviertan en actividades lucrativas (la mayoría de veces, manejadas por organizaciones no gubernamentales y/o privadas).

Esto se vislumbra al centrar la discusión en las políticas sociales, las cuales “como una mediación esencial del trabajo profesional, conllevan matices derivados de la lógica neoliberal con mayor intensidad, trastocando el ejercicio profesional” (Fernández y Madrigal, 2011, p.78). Es así que las políticas se tornan focalizadas e impulsan la desresponsabilización estatal, concediéndole centralidad en el tema de la farmacodependencia a las ONG’s e instituciones privadas.

Aspecto que conduce a inferir que tanto Trabajo Social como las políticas se ven impactadas por la lógica neoliberal, lo cual incide en la complejización de las acciones desarrolladas por la profesión con miras a contribuir en la modificación de estas políticas. De esta manera, a través de la investigación se visualiza que los servicios públicos promueven programas focalizados y selectivos, que dejan de lado una política universal, y se encuentran limitados por factores como la infraestructura (se contemplan lugares con poca capacidad), el presupuesto (limita la contratación de profesionales y por ende, el servicio), entre otros.

Por otra parte, cada una de las instituciones involucradas en la atención de las necesidades de la población adolescente en farmacodependencia, participa desarticuladamente en los diferentes niveles de la política, lo que repercute en que los procesos se tornen fragmentados y focalizados; Trabajo Social dentro de esta lógica “funciona” como un mecanismo institucional y mediador, insertándose en procesos de trabajo enfocados a la lógica institucional -en la mayoría de los casos- de corte asistencialista.

Esto permite apuntar que la profesión se vincula -principalmente- con la ejecución y se relega su participación en los otros niveles de la política (formulación y evaluación), rasgo que provoca su deslegitimación. Ante esto, surge la necesidad de generar rupturas en cuanto a la concepción de la profesión y así romper con el esquema de “interventor”, pues el ejercicio profesional trasciende ese reduccionismo al efectuar procesos de trabajo con las distintas poblaciones.

Los procesos de trabajo llevados a cabo por la profesión deben promover la exigibilidad y el cumplimiento de los derechos de las poblaciones con quienes se trabaja, éstos permiten direccionar y guiar las acciones impulsadas desde los distintos programas y proyectos; considerando que al constituirse en mediador entre la política pública y las personas, y al darle respuesta a sus demandas, permite legitimar su quehacer.

La defensa de los derechos y la búsqueda de la respuesta a las necesidades de la población implican que se posea una teleología que oriente las acciones emprendidas. Esto lleva a que se concuerde con Parra (2002), al rescatar la importancia de tener una direccionalidad política que guíe los procesos de trabajo, ya que “(...) no existen prácticas inocentes, asépticas o ingenuas” (p.37). El verdadero valor y legitimidad de la profesión radica en que trabaje bajo una perspectiva de totalidad e historicidad, en la que dirija su accionar a la búsqueda de la esencia de las relaciones sociales; a través de valores de “deber y libertad”, lo cual propicia comprender que los(as) profesionales en Trabajo Social deben:

Realizar permanentemente opciones teóricas, ideológicas, políticas y éticas en su práctica profesional; y son justamente estas opciones las que pueden abrir los caminos para construir una intervención basada en los valores que

tengan como meta la emancipación humana, reconociendo a los (las) sujetos desde una perspectiva histórica, política y social, como constructores de la realidad social (Ibídem, p.38).

Infiriéndose la responsabilidad del Trabajo Social, desde su dimensión ética y política, como propulsor de procesos que tengan como punto de partida y de llegada a la población sujeta de derechos, construidos desde la lucha social y que obligan al Estado a garantizarlos desde el diseño de las políticas, la prestación de los servicios y el análisis de su impacto, en términos de transformar las expresiones de la “cuestión social” que son reflejo de la violación de los derechos humanos de las personas.

3.4 La respuesta del Estado frente a los derechos de los(as) adolescentes en farmacodependencia: criminalizar y desproteger.

El debate teórico que sustenta las premisas anteriores, confluye en la consideración de que las reconfiguraciones del Estado bajo la modalidad de los ajustes estructurales se han inscrito en el modelo neoliberal, enfatizando las relaciones de mercado, los procesos de globalización, la privatización de los servicios sociales, la supremacía de lo económico por encima de lo social, entre otras.

El mayor esfuerzo de los Estados se ha centrado en la lucha contra el narcotráfico, lo que origina y/o enfatiza el estereotipo de vincular la farmacodependencia con la (in) seguridad ciudadana, tratando la temática bajo la óptica de la criminalización, sin embargo, “estas políticas no tienen en cuenta las complejas razones socioeconómicas relativas a la producción y el consumo de drogas y sólo tienden a modificar el comportamiento de los actores que participan

en el narcotráfico sin lograr reducirlo en forma significativa” (Youngers y Rosin, 1995, p.17).

Tales políticas, en lugar de contribuir a la disminución de la oferta de drogas, por el contrario “(...) abren una época de continuo incremento y alto florecimiento de la fascinación por las drogas; de la masificación del adicto, del consumo y de la demanda; del mercado negro y la delincuencia” (Kaplan, 1991, pp.12-13).

El alza en la oferta genera a su vez el aumento en la demanda, situación que se origina a raíz de la consideración de que las drogas se convierten en mercancías en el modo de producción capitalista, lo que permite aludir que el fenómeno droga se constituye por tres dimensiones, a saber: producción, distribución y consumo. Como parte de esta última, se presenta la farmacodependencia, es decir, cuando el consumo de drogas se torna una conducta dependiente y trae consigo implicaciones sociales, políticas y económicas; por lo que se plantea que la farmacodependencia va más allá del acto de consumir y que remite al estudio de los diversos factores que la generan, los cuales se particularizan dependiendo de cada adolescente.

Pese a que la población adolescente, por su desventaja, exclusión y discriminación históricas, debería recibir un trato especial y, acorde con sus necesidades y particularidades, se denota que cuando un(a) joven incurre en el consumo de alguna sustancia psicoactiva es culpalizado(a), reprimido(a), castigado(a), estigmatizado(a) y por tanto, sus derechos le son irrespetados y violentados. En otras palabras, “A estos fenómenos se busca responder por la condena, la represión y el castigo, más que por la prevención y la rehabilitación” (Ibídem, p.12).

El Estado debería constituirse en el garante de derechos, función que trata de cubrir a través de la promulgación y/o ratificación de diversas legislaciones. No obstante, cabe aclarar que no se encontró legislación específica direccionada a proteger, resguardar y exigir los derechos -específicamente- de la población adolescente en condición de farmacodependencia.

A pesar de esa ausencia e invisibilización, se debe tener claridad de que toda persona menor de 18 años puede exigir que se hagan efectivos sus derechos, sin importar la condición en la que se encuentre, más aún el que consume drogas debería constituirse en una temática de atención prioritaria y, de acciones prontas, eficaces y acordes con sus necesidades específicas.

Los(as) adolescentes farmacodependientes constituyen un grupo que socialmente es marcado por múltiples estereotipos que acrecientan la estigmatización en torno a ellos(as), al vincularse con otras condiciones que agudizan su vulnerabilidad, situación que propicia que sus derechos sean mayormente violentados. Dentro de éstos, cabe mencionar la expulsión del sistema educativo, al no contar con opciones de educación que se adecúen a sus características; en el caso de los programas que se imparten en centros de atención para esta población (públicos o privados), en su mayoría llegan hasta el noveno año. Además, en dichos centros se cuenta con espacios limitados para el esparcimiento de los(as) adolescentes, violentando así su derecho a la recreación.

En cuanto al acceso a la salud, los servicios brindados se enfocan principalmente en un abordaje desde la parte física-biológica, relegando la concepción de salud integral, la cual abarca otras esferas de la vida de una persona adolescente, como el bienestar mental, social, entre otros.

Aunado a esto, si se contempla a aquellos(as) adolescentes que no se insertan en una determinada modalidad de atención, se destaca el incumplimiento de otros derechos, por ejemplo, en el caso de quienes se encuentren en callejización, el derecho al acceso a una vivienda, así como a diferentes redes de apoyo que brinden contención a las condiciones a las que se enfrentan.

Ante esto, al ser los(as) adolescentes considerados(as) -en la legislación- como grupos de especial atención, se debe velar por la exigibilidad y el cumplimiento de sus derechos, tomando en cuenta que ellos(as), por su condición histórica de exclusión social, son ignorados(as), minimizados(as) y discriminados(as). Se concuerda con Arroyo (1994), al plantear que el respeto a la integralidad:

(...) es vital para evitar prácticas reduccionistas de los Derechos Humanos que se ven reflejadas en posiciones androcéntricas, clasistas, sexistas, racistas y adultocentristas. Dichas posiciones impiden que se protejan a amplios sectores que son invisibilizados por las sociedades y las relaciones de poder que se establecen en el seno de éstas, permitiendo y perpetuando así estas situaciones (p.13).

Aunado a esto, Brenes y Chacón (2009), mencionan que la discusión de los derechos humanos debe estar vinculada al tema de la política, comprendida como instrumento que permite a las personas llevar a cabo el cumplimiento de sus derechos, mediante la relación Estado-sociedad. De manera que, siguiendo a Arroyo (1994), la elaboración de programas o planes estatales debe partir del respeto a la dignidad de todos(as) los(as) niños(as) y los(as) adolescentes, asumiendo que son sujetos(as) de derechos.

Trabajo Social figura como la profesión, que históricamente, le ha correspondido asumir la función de mediadora de la política, ésta última materializada en planes, programas y proyectos, en caso particular, orientados a la atención de los(as) adolescentes farmacodependientes. Así, el Estado se ha convertido en el principal empleador de la profesión, la cual se inserta en los procesos de trabajo vinculados al abordaje de esta población.

Pese a que la profesión se ha desarrollado y/o vinculado con esa temática, existen limitaciones en cuanto al conocimiento de este campo, e incluso, se puede visualizar un desfase desde la formación profesional que se imparte en la academia. Por lo que adquiere relevancia el componente ético-político, mismo que permite que la o el profesional pueda incidir en las condiciones de vida de la población adolescente en condición de farmacodependencia, así como en la protección y exigibilidad de sus derechos.

Para lograr esa defensa, se requiere que se estudie y analice el contexto socio-económico en que se desarrolla la población adolescente, específicamente, aquella en farmacodependencia. Por tanto,

No podríamos hablar del Derecho Internacional de los Derechos Humanos sin hacer una lectura de la realidad, sería como hablar en vacío, por lo tanto es importante ir construyendo una base universal de preocupación al respecto. Si las mujeres han luchado milenariamente para que se les reconozca su dignidad y aún así se da el fenómeno de la invisibilización y la violación a sus derechos humanos, aún más en el caso de la niñez y la adolescencia podríamos asegurar que casi se encuentra en la completa oscuridad, a pesar de los grandes esfuerzos que se realizan actualmente (Arroyo, 1994, p.14).

Oscuridad que se acrecienta si considera que la propia legislación, a su vez que permite defender ciertos derechos, también engloba y generaliza a diversas poblaciones en una misma categoría, ignorando las particularidades de cada adolescente, como es el caso de aquel o aquella que consume drogas. Es decir, “En este sentido, la generalidad (de las normas) conlleva una desigualdad, porque no contempla la desventaja social de estos grupos y sectores, ubicando a todos/as, en una universalidad que no es igual y una igualdad que no es real” (Ibídem, p.6).

Es de este modo, desde una lectura crítica de la realidad, que Trabajo Social puede contribuir a la protección de los derechos de esta población, cuya condición abarca no sólo el plano social, sino también el económico y político, por lo cual se requiere de la integralidad e interrelación de los diversos actores que intervienen en su abordaje.

Capítulo IV: Contexto

Acercamiento al “Fenómeno Droga” y a la situación de la farmacodependencia de la población adolescente en Costa Rica

4.1 Fenómeno droga: la farmacodependencia

Se debe comprender la farmacodependencia como una expresión de un fenómeno complejo y de carácter estructural: el de las drogas. Por tanto, para poder aprehender y vincularse al estudio de la política pública en materia de farmacodependencia se torna necesario, entender el fenómeno droga.

Plantearse que este fenómeno adquiere características estructurales, significa asociar la configuración de las drogas como mercancías¹² con el modo de producción capitalista. Es así como según Romaní (1997), los procesos que se dan en Inglaterra a finales del siglo XVIII y que duran hasta la actualidad, en donde la expansión del mercado mundial, la Revolución Industrial, los procesos de migración del campo a la ciudad (aparición de nuevas condiciones de vida urbana) se convierten en elementos decisivos para el surgimiento de la “drogodependencia”. De este modo, la Revolución implicó cambios tecnológicos como el desarrollo de las industrias farmacéuticas y, el auge de los transportes y las comunicaciones, los cuales facilitaron el acceso a diversas drogas y a determinadas formas de aprehensión de éstas (noticias, conocimientos, estereotipos, entre otras).

¹² Se torna pertinente aclarar que el consumo de drogas ha permeado la realidad de distintas sociedades en diferentes momentos históricos -principalmente vinculado a procesos culturales y a la realización de actividades sociales, arraigándolo como una tradición-, no obstante, la complejidad del modo de producción capitalista las transforma en mercancía.

Siguiendo a Del Olmo (1992), la complejidad del modo de producción capitalista repercute en las drogas como cualquier mercancía, aunque de una manera distinta a causa de su ilegalidad -cabe especificar que no todas las sustancias psicoactivas poseen esta última condición-. Lo que varía es la droga predominante en un momento y lugar determinados, esto respondiendo a las condiciones y necesidades que demandan las transformaciones del capitalismo; aspecto que permite explicar la sustitución de la oferta de una droga por otra, así como las variaciones en las demandas de los(as) consumidores(as), si se incrementa la oferta aumentará la demanda, situación que también sucede a la inversa (los países subdesarrollados producen la materia prima necesaria para la elaboración de las drogas consumidas en los países desarrollados).

Al observarse la droga como una mercancía, es posible denotar que revierte un proceso de producción, distribución (tráfico y venta), y consumo. En dicho proceso se configuran y participan diversos actores, desde los(as) campesinos(as)¹³ que cultivan algunas de las plantas -que posteriormente serán sometidas a procesos químicos- hasta las personas consumidoras. No obstante, la investigación se enfoca sólo en el consumo de estas sustancias (específicamente su vinculación con conductas de dependencia), sin ignorar el complejo sistema que propicia la elaboración, el tráfico y la venta de la droga a la persona que la consume. Este consumo también adquiere un rasgo diferencial, debido a que la droga -dependiendo principalmente del tipo y de la frecuencia- provoca daños y/o implicaciones económicas, sociales, políticas y culturales.

Aludir a producción, comercialización y consumo de sustancias psicoactivas plantea el desafío de comprender que esto refiere a un negocio regido por

¹³Representan mano de obra barata, quienes se involucran en este negocio como una manera de responder y satisfacer sus necesidades básicas, debido a que cultivar un kilo de marihuana resulta más rentable que un kilo de arroz. Tal muestra de enajenación es abordada por Del Olmo (1992).

parámetros y directrices internacionales, por lo que resulta relevante conocer la manera en que se trata y comprende este “fenómeno” en ese plano; lo que remite a la historia de las drogas en Estados Unidos, potencia encargada de coordinar y direccionar la denominada “guerra contra las drogas”. Teniendo claro que la manera de entender y actuar de este país, influye y determina la forma en que Costa Rica concibe y procede a su abordaje.

Para referirse a la historia de las drogas a nivel internacional es transcendental retomar los planteamientos de Rosa Del Olmo, debido a que a lo largo de su obra “¿Prohibir o Domesticar?: Políticas de drogas en América Latina”, se puede extraer y sintetizar cómo se concebía y se abordaba el tema de las drogas, principalmente, en Estados Unidos. Según la autora (1992), en la década de los sesentas, se le confería centralidad al aspecto moral del “problema” de las drogas. Posteriormente, para los setentas, la atención se dirige hacia la persona consumidora, para tratar de descubrir por qué lo hacía y evitar que reincidiera; se comenzó a distinguir entre los “consumidores” (enfermos/as¹⁴) -el tratamiento médico se volvió prioritario-, y los “traficantes”, considerados como delincuentes.

A partir de esta época (setentas), siguiendo a Del Olmo (1992), se crea el gran mercado de las drogas, especialmente en los países desarrollados, con el abuso masivo de la marihuana por parte de la juventud y la introducción de la cocaína; cabe aclarar que al aumentar la demanda de las drogas en los países desarrollados, se incrementa la producción y ésta estimula el consumo.

Para la década de los ochentas, se acepta socialmente y se le concede permisibilidad al consumo en pequeñas dosis y/o cantidades. Durante estos años,

¹⁴ Tal distinción refleja el surgimiento y/o apogeo de los enfoques que buscan explicar la condición de farmacodependencia, así es posible visualizar su asociación con una enfermedad (médico-sanitario) o con la delincuencia (ético-jurídico).

se establecen nuevas leyes que distinguen entre el “enfermo” y el “delincuente”, y el consumo deja de ser punible; es en 1982, durante la administración de Reagan, que se declara la guerra contra las drogas como objetivo urgente de seguridad nacional. Un aspecto definitorio es que la marihuana deja de ocupar el primer lugar en el mercado, y es desplazada, especialmente en Estados Unidos, por la nueva “superdroga”: la cocaína.

Del Olmo infiere que en la actualidad (refiriéndose a la década de los noventas e inclusive aludiendo al siglo XXI), se reconoce que los aspectos económicos y políticos del problema de las drogas trascienden el ámbito de la medicina o de la justicia, para entenderse como una cuestión de índole sociohistórica, cuyo negocio se encuentra mediado por diversos intereses, donde participan distintos actores.

Ahora bien, esa llamada lucha contra las drogas, no se direcciona ni pretende erradicar y/o prevenir el consumo de estas sustancias, al contrario, se enfoca en evitar que otras posibles fuentes de producción y comercialización participen en el negocio, o disolver y castigar a aquellas que figuran -visiblemente¹⁵- como las encargadas de su comercialización, orientando de este modo, la lucha contra el narcotráfico y dejando de lado, la principal víctima de este mercado: la persona consumidora. Así,

(...) la actual guerra contra las drogas por parte del gobierno norteamericano, que no está dirigida, hoy día, contra los consumidores ni los distribuidores domésticos sino más bien contra los centros de producción de drogas y aquellos que, por ejemplo, en América Latina son

¹⁵ Se expone que se castiga o incrimina a quien obtiene una ganancia insignificante en este negocio (campesinos/as, traficantes, familias dedicadas a la producción y comercialización domésticas, las denominadas mulas, entre otras), debido a que las personas que se enriquecen y dominan el negocio, pocas veces -por no decir nunca- son atrapadas y castigadas.

los representantes financieros de las empresas de la marihuana o la cocaína (Ibídem, 1992, p.22).

Se deduce que adquiere peso, el miedo a la competencia económica y no una preocupación real por el consumo de drogas, lo que trae a colación lo expuesto por Del Olmo (1992) en torno a la amenaza de la mano de obra china, mexicana y negra, y su asociación con diversas drogas en Estados Unidos (la inmigración de estos grupos poblacionales se observó como un riesgo cuando empezaron a representar fuerza de trabajo dispuesta a ser empleada por salarios menores o cuando se temía que se generan procesos emancipatorios, por lo que se les vinculó con el consumo de alguna droga) -aspecto que excede al objetivo de la presente investigación pero se recomienda efectuar estudios sobre la condición de estas poblaciones y los estereotipos construidos al respecto-.

Planteando la inexistencia de esa preocupación por el consumo, se vuelve relevante incorporar la vinculación que tuvo la juventud¹⁶ con las drogas en Estados Unidos, ya que la investigación se direcciona a la farmacodependencia en población adolescente, resultando indispensable conocer su manifestación en el ámbito internacional. Según Del Olmo (1992), se asocia la década de los sesenta con el consumo masivo de una serie de drogas, sobresaliendo aquellas denominadas “nuevas”, las cuales surgen como consecuencia del desarrollo de la industria farmacéutica, aunado a ello, se da un giro en la población consumidora, debido a la incorporación de otros “clientes”: los jóvenes blancos de clase media. Es así como

¹⁶ Se aclara que las autoras de esta investigación parten de la premisa que se debería aludir a juventudes, rescatando las particularidades y la gran diversidad que existe entre los(as) jóvenes. No obstante, se respetan los planteamientos de la autora consultada al referirse o emplear el término juventud.

Estos jóvenes poco a poco comenzaron a descubrir la marihuana, el LSD, las anfetaminas, los barbitúricos y otras drogas “nuevas” como el peyote, que encontraban un mercado propicio -en esa época turbulenta de la Guerra de Vietnam y de toda una serie de movimientos sociales y de protesta- porque la juventud las consideraba símbolo de rebelión y desafío al orden vigente (p.29).

Se infiere que la vinculación de la juventud a las drogas en este país, surge en un período determinado por las presiones sociales, económicas y políticas propias de la Guerra de Vietnam, y la efervescencia de los movimientos sociales; panorama que propicia que la o el joven incurrieren en el negocio de las drogas, víctimas de estas presiones y asociando su consumo a una forma de desobedecer las normas socialmente establecidas. Siguiendo a Del Olmo, la marihuana -droga de mayor consumo en ese momento- pasa a considerarse como la droga del excluido, aludiendo al joven que se negaba a pelear en Vietnam.

Así mismo, los medios de comunicación se convirtieron en impulsores de quienes aceptaban y promulgaban la droga como un estilo de vida, por ejemplo, el caso de la industria discográfica, exaltando los festivales de música, los hippies y la revolución psicodélica¹⁷.

Conjuntamente a esa tolerancia que se manejaba tanto en los medios de comunicación como a nivel gubernamental, el “problema” era percibido de manera distinta:

¹⁷ Una réplica de esa situación en la sociedad costarricense, es el llamado “Festival Imperial” que invita a los(as) jóvenes a disfrutar de grupos musicales en un ambiente caracterizado por la venta de grandes cantidades de alcohol y de otras drogas catalogadas como ilegales.

(...) el consumo de drogas creaba dependencia y era una enfermedad psicológica y/o física que exigía una solución médica. Dejaba de ser “un vicio castigable” porque se consideraba producto de un solucionable conflicto generacional. Ahora había que castigar a los que obtenían ganancias de ese consumo. Comienza así la distinción entre consumo y tráfico y el interés por eliminar las drogas mismas (Ibídem, 1992, p.31).

Dicha preocupación -que priva el castigo y la persecución de quienes obtienen ganancias de este negocio- se mantiene y acrecienta en el siglo XXI. De esa manera, se visualiza el despliegue de gran cantidad de acciones orientadas a la lucha y a la reducción del narcotráfico, en contraposición al desinterés por adoptar e impulsar medidas tendientes a erradicar, prevenir y tratar el consumo. Desinterés que conduce y arraiga la violación de los derechos de las personas farmacodependientes, agudizándose en el contexto capitalista y neoliberal actual. Así, “El consumo y tráfico de drogas, y su represión, han ido planteando problemas, y han creado o reforzado amenazas y ataques respecto a la existencia, la validez y vigencia de los derechos humanos” (Kaplan, 1991, p.7).

Amenazas que se vinculan a la construcción social de estereotipos ligados al consumo de drogas, ideas erróneas difundidas por los medios de comunicación y por los diversos procesos de socialización, los cuales alimentan el miedo, la persecución, la ignorancia, el traspaso de información sobre las drogas desasociada con la realidad de éstas, la estigmatización y la discriminación; procesos que acrecientan la desprotección y la invisibilización de los derechos humanos.

4.2 Situación de la Farmacodependencia en la Población Adolescente Costarricense

Reconocida la farmacodependencia como parte del complejo fenómeno droga, es decir, aprendiéndola como una condición sociohistórica que constituye un eslabón en el negocio transnacional de las drogas (y comprendiendo que va más allá de consumir, esto al asociarse con conductas de dependencia), las cuales revisten el carácter de mercancía en el modo de producción capitalista y que por tanto, implica, además, su producción y comercialización; se torna trascendental conocer su manifestación en la población adolescente costarricense, para lo cual cabe aludir a la participación de Costa Rica en este negocio.

Por su posición geográfica, según Abdallah y Berrocal (2012), el istmo centroamericano se ha constituido en un puente en el que los grupos de narcotráfico han utilizado todas las vías para transportar las drogas. Costa Rica ha efectuado un gran esfuerzo para reducir este tipo de prácticas y sus efectos en el país a través del decomiso de drogas, en respuesta a los compromisos adquiridos internacionalmente. La comercialización de drogas ilícitas constituye uno de los componentes más reconocidos por la población nacional, ya que constantemente los medios de comunicación informan sobre las diferentes acciones que realizan las autoridades. Al funcionar como un puente de comunicación y tránsito de drogas,

En el caso de Costa Rica existe evidencia que los niveles de consumo de drogas, comparativamente, no son muy altos y aún cuando no ocupa los primeros lugares en la agenda pública, se trata de uno de los problemas graves que se enfrentan (Mata, 2006, p.6).

Lo anterior, debido a que para el diseño de una política pública, más aún para su posible discusión en la agenda, es necesario que una “situación” cobre relevancia social, política y económica, y que se valore como “un problema” al cual se le deba atender y/o disponer de acciones para abordarlo. Es decir,

El conocimiento de las diferencias presentes entre la población general en cuanto al consumo de drogas y los problemas asociados a dicho consumo, permite no solo el orientar las políticas e intervenciones sobre drogas, sino también evaluar sus resultados. Estos aspectos son imprescindibles para que los responsables políticos puedan diseñar acciones efectivas, especialmente para proteger a la población joven y más vulnerable de los efectos nocivos de las drogas (Amador et al., s.f., p. 340).

En otras palabras, para comprender la política pública es indispensable investigar la situación de la farmacodependencia en la población adolescente costarricense, lo que remite a plantearse las siguientes interrogantes: ¿qué ha pasado con el consumo en esta población durante los últimos años (siglo XX y XXI)?, ¿cuál es la edad de inicio?, ¿cuáles son consideradas las drogas de “iniciación”?, ¿cuál es la prevalencia¹⁸ del consumo de las distintas drogas?, entre otras. Tal información podría arrojar indicios y recabar la situación de la farmacodependencia en Costa Rica, contemplando que el contexto nacional e internacional adquiere centralidad para el establecimiento de políticas direccionadas a su atención,

¹⁸ Según Bejarano et al. (2009), prevalencia de vida refiere a la proporción de sujetos(as), con respecto a la muestra total que han consumido una droga alguna vez. Por su parte, la incidencia alude a la razón entre el número de personas que experimentaron con alguna droga por primera vez en el año anterior a la aplicación del instrumento, y el total de la población en riesgo, entendida como la población no consumidora.

En razón de lo anterior, para formular y poner en práctica políticas públicas se necesita conocer el tamaño y la composición de las poblaciones objetivo a quienes se orientarán las medidas de salud pública. Es claro que la incidencia y las estimaciones de prevalencia, son la base para el diseño y evaluación de los programas de salud. La información sobre el número de personas que consumen, constituye en un elemento clave, utilizado tanto para formular políticas como para (re)orientar la prestación de los servicios (IAFA, 2012, p.8).

Para responder tales interrogantes y proceder al análisis del contexto que propicia el surgimiento de la(s) política(s) en materia de farmacodependencia, son relevantes las investigaciones desarrolladas y publicadas por el IAFA, a saber:

- “Consumo de Drogas en Costa Rica, resultados de la encuesta nacional 2006”, investigación efectuada por Julio Bejarano, Sandra Fonseca y Gerardo Sánchez;
- “La juventud y las drogas, encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria Costa Rica 2006”, elaborada por Julio Bejarano y Sandra Fonseca;
- “Juventud Escolarizada y Drogas: encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria Costa Rica 2009”, realizado por Julio Bejarano y otros;
- “Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, Costa Rica 2010”, recopilación desarrollada por investigadores(as) del IAFA;
- “Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica”, versión preliminar de un diagnóstico efectuado en el 2011 por el IAFA;

- “Acercamiento a la situación actual del problema de las drogas en Costa Rica”, trabajo confeccionado por Giselle Amador, Julio Bejarano y Douglas Mata.

Pese a que la investigación se centra en población adolescente en condición de farmacodependencia resultó trascendental conocer la situación general del consumo de drogas en Costa Rica, para lo cual se consideró pertinente incluir los principales resultados obtenidos de las encuestas nacionales del 2006¹⁹ y del 2010²⁰.

La relación entre ambas encuestas refleja que pese a que el número de mujeres que consumen tabaco es menor que el de hombres (la prevalencia de vida para el 2006 fue de 21,5% y 41%, para el 2010, 18,7% y 30,7% respectivamente), la vinculación a la “epidemia” del tabaquismo por las mujeres va en aumento en la mayoría de países (aproximadamente de los más de mil millones de fumadores/as que existen en el mundo, el 20% son mujeres).

En relación con las bebidas alcohólicas, se evidenció que su ingesta experimenta un patrón de descenso sostenido a lo largo de los últimos veinte años (la prevalencia de vida para el 2006 fue de 51,2% y para el 2010 de 38,1%), no obstante, se tiende a asociar el consumo con el logro del estado de ebriedad y el agravamiento de las condiciones de ingestión en personas jóvenes ubicadas

¹⁹ Para esta encuesta se contó con una muestra de 4.877 personas con edades desde los 12 a los 70 años, específicamente entre los 12 y los 24 participaron 579 entrevistados(as). Del mismo modo que en la encuesta del 2004, los resultados se ubicaron por las diversas drogas, comenzando por las lícitas para luego referirse a las ilegales.

²⁰ Representa la quinta ronda de estudios sobre epidemiología del consumo de drogas que se realiza en Costa Rica desde 1990, se concretó mediante la aplicación de una encuesta en hogares a personas entre 12 y 70 años de edad, de ambos sexos y de los diversos niveles socioeconómicos (3.004 entrevistados/as). La información obtenida se ordenó por fascículos, uno correspondiente a cada droga (tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína y crack, medicamentos sin prescripción).

dentro del sector educativo. La marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo, principalmente, entre personas jóvenes (12 a los 35 años), la prevalencia de vida para el 2006 fue de 7,5% y para el 2010 de 7,1%; aunque en general los hombres triplican las tasas de consumo en relación con las mujeres. Con respecto a los derivados de la coca (cocaína y crack), cuyo consumo ha presentado un leve aumento (la prevalencia de vida para el 2006 era de 2,2% mientras que para el 2010 fue de 3%), arrojó que quienes inician en este grupo de drogas lo estarían haciendo después de haber consumido otro tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o marihuana, cuyas edades de inicio son más tempranas.

Estas encuestas efectúan un abordaje del consumo de drogas en la población en general, sin embargo, en los años 2006²¹ y 2009²² se realizan dos estudios direccionados a conocer la situación del consumo particularizado en la población joven escolarizada; el del 2006 figura como un sucesor de la encuesta elaborada en el 2004, difiriendo su centralidad en estudiantes.

De estas investigaciones (2006 y 2009) se obtiene que el tabaco constituye la sustancia psicoactiva que causa la mayor cantidad de enfermedades y muertes, mostrándose una reducción en su nivel de prevalencia de vida para el 2009. Diferente es la situación con respecto al alcohol, el cual figura como la droga de mayor consumo entre personas jóvenes, aumentando la ingesta en hombres; aspecto similar sucede con la marihuana, cuyo consumo es el más elevado entre las sustancias ilícitas.

²¹ Esta encuesta se realizó sobre una muestra de 4210 estudiantes de niveles de 7°, 9° y 11° años de enseñanza secundaria, en su mayoría pertenecientes a colegios públicos. Se plantea que en Costa Rica, basándose en el censo del 2006, la población menor de edad correspondía a más de un tercio del total (1.466.606 personas) en ese año.

²² En el 2009 se efectuó una nueva encuesta que aborda el consumo de drogas en población escolarizada de nivel secundario, mediante una muestra representativa de aproximadamente cinco mil estudiantes, sin embargo, a diferencia del 2006, se incluyen todos los niveles (séptimo a undécimo año).

Para concretar el análisis sobre los datos arrojados por las encuestas, se procedió a la elaboración de gráficos (detallados más adelante) que ilustran comparativamente la situación del consumo en población adolescente durante el período en estudio (2000-2012). Tales gráficos destacan la prevalencia y la edad de inicio del consumo de las principales²³ drogas ingeridas por esta población (tabaco, alcohol, marihuana y derivados de la coca).

Sin embargo, dado que estas encuestas no toman en consideración a sectores específicos como a los(as) adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo -ya que se centran en población escolarizada-, el IAFA se dio a la tarea en el 2011, de desarrollar un diagnóstico sobre el consumo de drogas, con el fin de determinar la respuesta que se brinda a la población menor edad que recurre por atención a los diversos establecimientos de asistencia residencial²⁴,

Las encuestas de hogares disponibles por ser en hogares, tienden a subestimar el número de las personas cuyo consumo de drogas es más problemático, ya que no permiten totalizar la cifra de consumidores que no viven en hogares y cuyas vidas son a menudo más caóticas y vinculadas a actividades ilegales o delictivas (IAFA, 2012b, p.9).

²³ “Los pacientes egresados en el 2011 de los programas de tratamiento y rehabilitación indicaron principalmente un conjunto de cinco drogas: marihuana, tabaco, cocaína y crack y el alcohol, consumidas en el mes anterior a su ingreso” Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012b). Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica. Versión Preliminar. San José. p. 28.

²⁴ Modalidad de tratamiento que amerita que la o el adolescente farmacodependiente sea atendido por medio del internamiento o estancia en el centro, suministrado principalmente por las ONG’s. Para el diagnóstico se tomó como sujetos(as) de estudio a: “(...) los pacientes menores de edad, con identificación, que fueron atendidos por problemas vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de centros o establecimientos aprobados para su tratamiento” Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012b). Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica. Versión Preliminar. San José. p. 16.

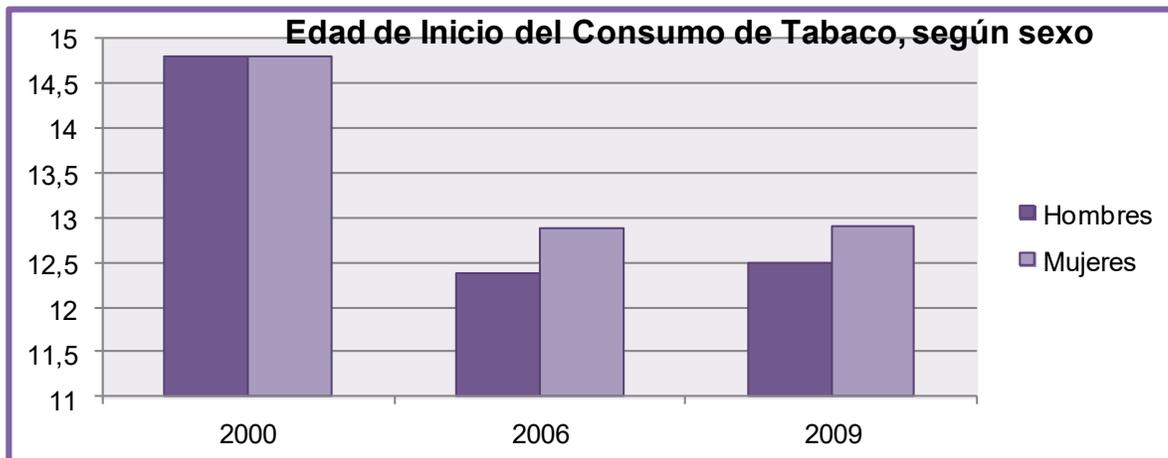
La recuperación de este diagnóstico, la reflexión sobre los resultados de las encuestas y su posterior concreción en gráficos, aunado al acercamiento con funcionarios(as) vinculados(as) a la temática, permitió tener un mayor conocimiento de la manifestación del consumo de drogas en población adolescente, así como caracterizar las condiciones de vida de la que se encuentra en farmacodependencia; lo cual se condensa en los hallazgos que se muestran a continuación.

Durante el período en estudio (2000-2012) incluso con la incorporación de la investigación que aborda la década de los noventa, se puede observar una tendencia a que el consumo de sustancias lícitas se mantenga por encima que el de las llamadas ilícitas, así como una asociación entre el consumo de alcohol y tabaco, es decir, la o el joven que se involucra con el alcohol, a su vez, es más propenso a fumar cigarrillos, situación que también sucede a la inversa. Al respecto,

El tabaco y el alcohol, son las drogas de primer contacto utilizadas por niños y adolescentes, la edad promedio de inicio de consumo de tabaco en estudiantes, fue para los hombres de 12.88 en 2006 y 12.5 para el 2009, mientras que para la mujeres fue de 12.38 en el 2006 y para el 2009 de 12.9 años (IAFA, 2012b, p. 4).

Por lo que si se compara la edad promedio de inicio del consumo de tabaco entre los años 2000, 2006 y 2009, se evidencia que ha existido una disminución en la edad, ya que si bien en el 2000 el comienzo oscilaba entre los 14 y los 15 años, para el 2009 se obtiene que el inicio se da antes de los 13 años (ver gráfico No.1).

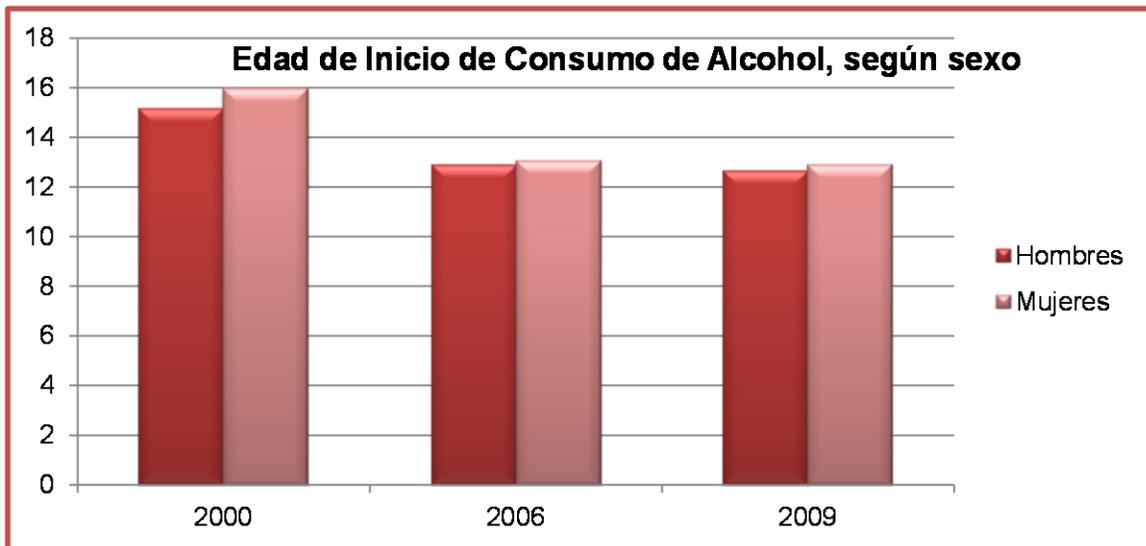
Gráfico No. 1: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de tabaco en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

Situación similar ocurre con las bebidas alcohólicas, cuya edad de inicio se redujo debido a que para el 2000, se visualiza que el comienzo se efectuaba entre los 14 y los 16 años, mientras que para el 2009, se genera alrededor de los 12 años (ver gráfico No.2).

Gráfico No. 2: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

No obstante, se visualiza una creciente vinculación de esta población a la ingesta de drogas ilícitas (las comúnmente conocidas: marihuana y cocaína) y la incorporación al uso de “nuevas” sustancias como: bebidas energéticas, éxtasis, alucinógenos, disolventes volátiles, entre otras; éstas tres últimas se enfatizan en la encuesta del 2009.

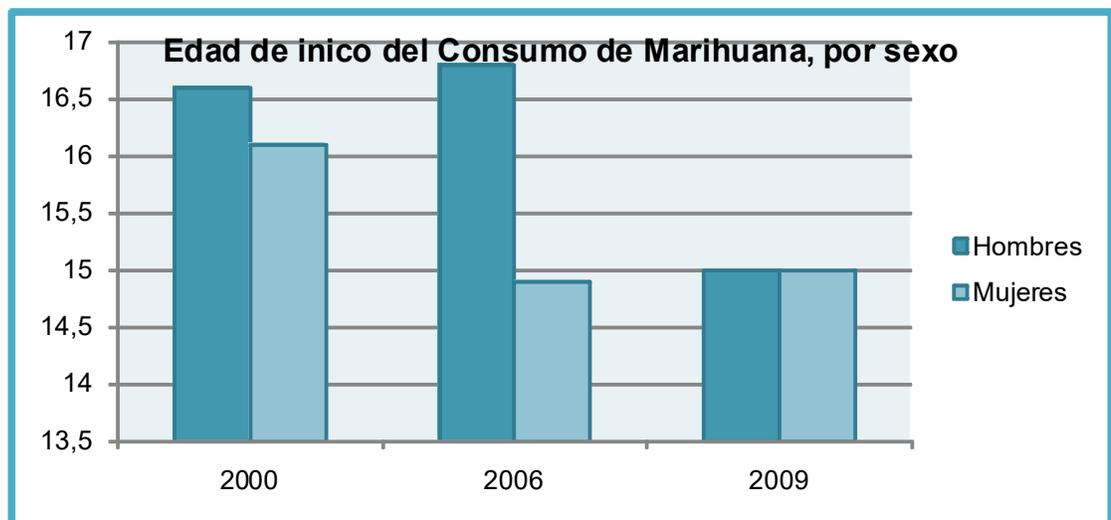
Cabe argumentar que el consumo de marihuana ha adquirido una connotación juvenil, es decir, se da a edades cada vez más tempranas, lo que implica mayor riesgo para la generación de problemas de salud asociados. En tanto,

Resalta el incremento en el consumo activo, que junto a la estabilización en la iniciación en el consumo, a edades cada vez más tempranas, nos señala

una mayor difusión de la sustancia entre las personas jóvenes costarricenses entre 12 a 35 años (Cortés, 2012, p.16).

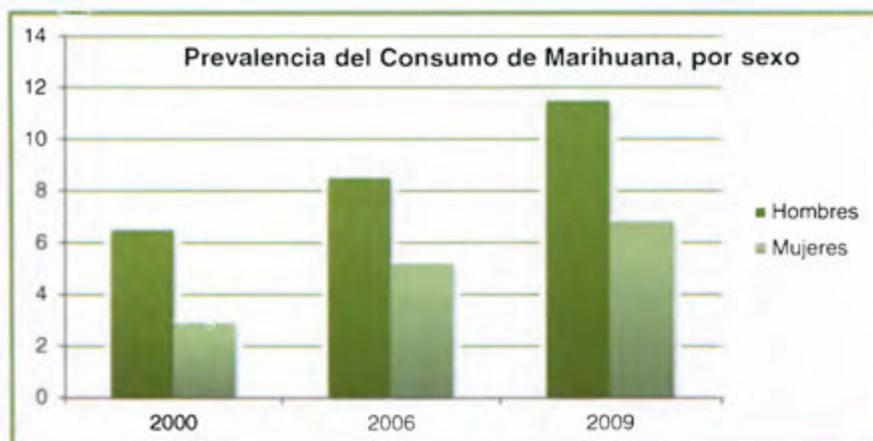
Tal disminución en la edad de inicio del consumo de marihuana y el incremento en su uso (visualizándose el aumento tanto en hombres como en mujeres), se reflejan en los siguientes gráficos en los que se compara tanto la edad como los niveles de prevalencia para los años 2000, 2006 y 2009 (ver gráficos No. 3 y No. 4).

Gráfico No. 3: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de marihuana (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica.



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

Gráfico No. 4: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de marihuana en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica. (cifras porcentuales)



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

Vinculado con los derivados del opio, se extrae un dato relevante al considerar que los(as) adolescentes que experimentan con la cocaína o el crack, han empleado con anterioridad otra sustancia psicoactiva, oscilando entre drogas legales e ilegales. Obteniendo que

El consumo de drogas ilícitas derivadas de la hoja de coca en Costa Rica, ha presentado un leve aumento con el paso del tiempo principalmente en las personas jóvenes, donde la cocaína y el crack han sido sustancias más consumidas desde la década de los noventa, a partir de donde se empezó a ver un crecimiento ligero en el consumo de esas sustancias (Chacón y Madrigal, 2012, p.29).

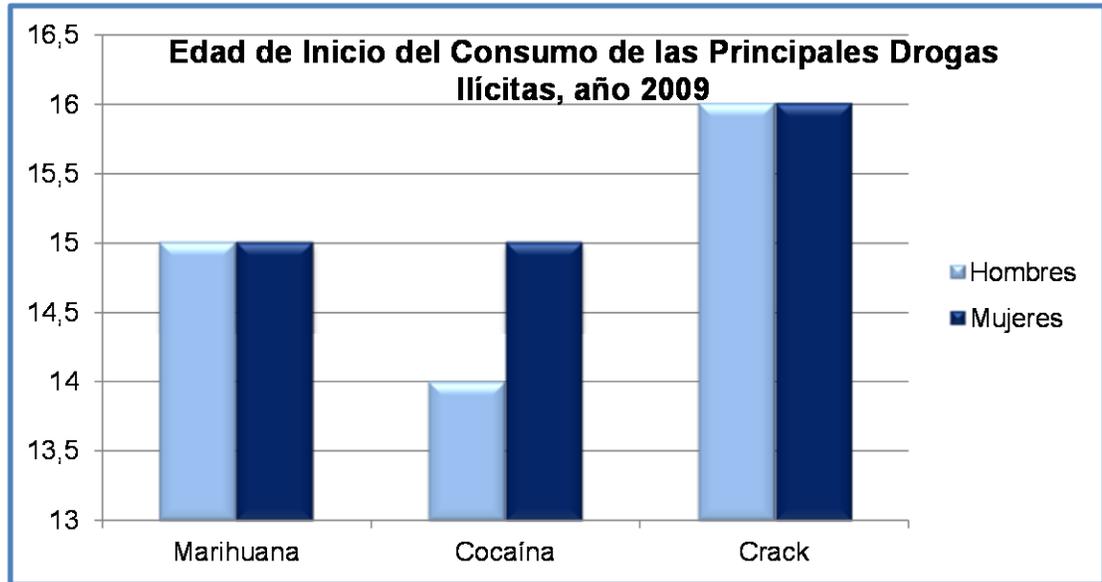
Un aspecto fundamental es que el período más importante de inicio en alguna droga lo configura el grupo de los 11 a los 15 años, evidenciando un comienzo en edades muy tempranas. Pese a esta realidad, en el diagnóstico efectuado en el año 2011 en centros residenciales, se concluyó que

Si bien la adolescencia legalmente se define como el período que transcurre desde que una persona cumple 12 años hasta el día anterior al cumplimiento de los 18 años, siendo éste el rango de edad en que se admite el ingreso de pacientes a tratamiento y rehabilitación de menores por consumo de sustancias psicoactivas en los programas autorizados para tales fines, los indicadores estadísticos sugieren que la gran mayoría de los ingresados corresponden a pacientes de 15 o 17 años cumplidos o por cumplir, tanto para hombres como para mujeres (IAFA, 2012b, p.27).

Situación que refleja una atención tardía del consumo, los(as) adolescentes ingresan -en su mayoría- a un centro de atención hasta los 15 años, asumiendo que empezó el consumo a los 11 años, ya tendría un desfase de cuatro años en los que se pudo intervenir tempranamente y en el mejor de los casos, evitar el deterioro y el aumento prolongado de la ingesta o bien, el vínculo con otras drogas.

Es posible inferir que un elevado número de adolescentes que ingieren alcohol y/o fuman tabaco, se involucran o se hallan más propensos a consumir una sustancia considerada ilegal. Por lo que la edad de inicio del consumo de drogas ilícitas es más tardía que las legales (ver gráfico No. 5).

Gráfico No. 5: Comparación de la edad promedio de inicio del consumo de las principales drogas ilícitas en población adolescente para el año 2009, Costa Rica.



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

En otras palabras, las drogas lícitas se convierten en la puerta de entrada, esto al considerar que toda persona consumidora de sustancias ilícitas inicia consumiendo drogas legales, por lo que el primer acercamiento a las drogas se da por medio del uso del alcohol y el tabaco, las cuales resultan de más fácil acceso y su producción es permitida y regulada por el Estado (enfaticando a su vez, en el componente cultural que fomenta y naturaliza su consumo). Planteándose,

Una característica que se observa del análisis realizado es que el patrón de consumo mayoritario corresponde al de poli-consumo, es decir, el consumo de más de una sustancia ya sea de manera concurrente o en ocasiones diferentes por parte de la misma persona (Ibídem, p. 28).

Acompañado al poli-consumo, se revela otra preocupación debido a que la mayoría de adolescentes, que se vincula con el alcohol, perseguía el objetivo de embriagarse, es decir,

En la actualidad, tomar bebidas alcohólicas no es un hábito exclusivo de la población adulta, los jóvenes también lo hacen y los datos de las encuestas indican que la iniciación en las bebidas alcohólicas y la embriaguez se dan cada vez más en sujetos de menor edad (Amador et al., s.f., p.341).

Situación que se observa desde la década de los ochentas, cuando aún funcionaba el Instituto sobre Alcoholismo (INSA), antecesor del IAFA. Cabe mencionar que durante esa época e inclusive décadas anteriores, las acciones que se formulaban e implementaban en el país, se direccionaban al abordaje del consumo de alcohol. Según el INSA (1980), en Costa Rica se daba la tendencia a abusar de las bebidas alcohólicas, así como la existencia de prejuicios en torno a su uso (se hablaba de la falta de planeamiento en el campo de la recreación y de educación para ofrecer prevención dentro del hogar). Para los ochentas, “el 56, 5% de los bebedores excesivos iniciaron su ingestión entre los 10 y 19 años de edad. El 33% de los alcohólicos iniciaron entre los 10 y 14 años de edad” (INSA, 1980, p.136). Esta iniciación podría vincularse a que

(...) reflejan la presencia del alcohol en actividades grupales y celebraciones, y llevan a pensar que para algunos costarricenses consumir bebidas alcohólicas en cantidades excesivas y en un lapso de tiempo determinado forma parte de sus actividades regulares, ligando de esta forma el consumo con la diversión y la recreación (Abdallah y Berrocal, 2012, p.77).

Un común denominador presente en los estudios es el que refiere al papel de los medios de comunicación y su influencia en el consumo de drogas. La información (o desinformación, por la nebulosa credibilidad que manejan y su relación con intereses hegemónicos) brindada por estos medios, en la mayoría de los casos, resulta contraproducente y favorecedora para que la o el joven acceda a consumir. De este modo,

Quizá estas contradicciones sean más evidentes a nivel de los medios de comunicación social, donde podemos ver claramente dos mundos: el de la información y el de la publicidad [...] Se trata de prevenir a la juventud contra el uso de drogas psicodélicas y al mismo tiempo se exalta el estilo de vida de una serie de cantantes de música pop, quienes hacen un culto a esas drogas como fuentes de inspiración y que en muchas ocasiones han muerto precisamente por una dosis excesiva (Del Olmo, 1985, p.39).

Esa ausencia de información veraz conlleva a que los(as) adolescentes consideren que sustancias como el alcohol o el tabaco producen menos efectos dañinos que las ilegales. Aspecto reforzado por la permisibilidad social en el uso de las primeras y el empleo que de ellas hacen las personas adultas.

Ese discurso que fortalece y vende la idea de que las drogas ilegales -sin discriminar las diferencias entre una y otra- producen más implicaciones negativas que las aceptadas socialmente, encuentra su origen en los intereses de aquellas personas que defienden el negocio aparentemente legal de las drogas y para quienes la aprobación o legalización significan un riesgo para sus lujuriosos ingresos, en otras palabras, esa postura ideológica se alimenta bajo el amparo de determinados intereses aunque esto repercuta en la salud de la población, particularmente, la adolescente, "(...) porque hay toda una ideología importada dirigida a nuestros jóvenes para crearles necesidad del consumo" (Ibídem, p.111).

Las encuestas del 2006 y del 2009 se centran en población escolarizada, aunque se apunta que la mayoría de adolescentes que se encuentran en condición de farmacodependencia, ya no se localizan en el sistema educativo. El que la mayoría de investigaciones prioricen en escolarizados(as), podría provocar un sesgo, ya que se pueden sentir inhibidos(as) para reconocer su consumo de drogas e incluso incurrir en omisiones o engaños, con tal de no verse perjudicados(as) en su centro educativo. Además, la mayoría de adolescentes que presenta un elevado consumo y/o una conducta de dependencia, se encuentran en exclusión o riesgo social y por lo general, no poseen los medios materiales para asistir al centro. Revelando que

Además esta población se caracteriza por formar parte de una familia disfuncional, de bajos ingresos, estar fuera del sistema educativo y ser objeto de abandono, abusos, agresiones, maltrato, explotación sexual comercial, explotación laboral o por integrar grupos de iguales con tendencia a la conducta delictiva (IAFA, 2012b, p.47).

La expulsión del centro educativo representa una de las principales características de la población adolescente en farmacodependencia, a raíz del acercamiento a las instituciones estatales y a las ONG's orientadas al abordaje de esta temática, se agregaría que la mayoría cuentan con escasos recursos económicos -aclarando que el consumo de drogas se presenta en cualquier clase social-, sus relaciones familiares²⁵ se caracterizan por ser conflictivas, suele darse la vinculación con otras manifestaciones como la explotación sexual comercial y/o

²⁵ Entre los factores de riesgo -explicados en el marco teórico conceptual- se registró que "(...) la prevalencia de consumo excesivo de alcohol fue significativamente mayor entre los estudiantes cuyos padres mostraron un pobre involucramiento y en aquellos que repitieron uno o más años" Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012b). Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica. Versión Preliminar. San José. p. 4.

el trabajo infantil (e informal, obstaculizando su derecho a la educación; lo que refleja el incumplimiento de la normativa) e incluso dadas las condiciones de vida tan desfavorables, se pueden observar adolescentes asociados a la producción y al tráfico²⁶ de drogas, entre otras. Procesos en los que la o el adolescente se constituye en la víctima de las máximas violaciones a sus derechos; se les discrimina, invisibiliza, estigmatiza e incluso son olvidados(as) por la sociedad y el Estado.

Como se aclaró el consumo se presenta en cualquier clase social independiente del lugar de procedencia (pese a que existen autores/as²⁷ que enfatizan en que la zona geográfica determina e influye en el uso o no de la droga, más si se proviene de estratos marginales y excluidos). En este sentido, un(a) adolescente que asiste a un centro educativo privado y que posee recursos económicos solventes, también se encuentra propenso a consumir y depender de las drogas. Sin embargo, cabe denotar que en los colegios privados se advierte un mayor consumo de drogas ilícitas, lo cual se vincula con el poder adquisitivo con que cuentan los(as) jóvenes que asisten a estos centros y sus padres o encargados(as) poseen los medios materiales para internarlos(as) en centros especializados privados para que reciban tratamiento.

Con respecto al lugar de procedencia, el grupo familiar o las personas con quien conviva la o el adolescente podrían actuar como un factor protector o bien uno de riesgo, influyendo y/o tornándolo(a) más propenso(a) al consumo, “En la investigación realizada en el 2006, así como en el 2009, un 65% de los padres o madres se encontraban poco o nada involucrados” (Bejarano et al., 2011, p.110).

²⁶ Cabe aludir a aquella población adolescente que se ha visto obligada a vincularse a los otros eslabones del fenómeno de las drogas (producción y comercialización), esto por múltiples razones, ya sea para suplir el consumo y/o sus necesidades básicas, apoyar a sus núcleos familiares; situación que los puede conducir a afrontar medidas judiciales, encontrándose en conflicto con la Ley Penal Juvenil.

²⁷Tales como Molina (2004), Vado y Montero (2008), Alvarado y Gamboa (2010), entre otros(as).

En este sentido, la convivencia con personas que presentan antecedentes de farmacodependencia, relaciones familiares conflictivas, tráfico ilícito, cultivo doméstico, conflictos con la ley, falta de comunicación entre los(as) miembros, situaciones de violencia, entre otras, podría actuar como un elemento que impulse el uso de la sustancia, más aún si se observa como una conducta “normal” e incluso “natural”.

No obstante, resulta trascendental considerar que existen familias que debido a la difícil situación económica, se ven obligadas a vincularse con la producción doméstica y el tráfico ilícito como una forma de solventar y subsanar sus escasos recursos. Algunas de estas familias, podrían obligar a sus hijos(as) a colaborar y/o incorporarse en el negocio, asociándose también con otras aristas del fenómeno. En tanto, “(...) la evidencia disponible sugiere que el consumo de sustancias exacerba el delito y preceden a ello, debido a las condiciones sociales y económicas, así como otros factores de la familia/comunidad” (Bejarano y Fonseca, 2012, p.21).

Así mismo, se podrían presentar casos en los que la o el adolescente ha sido expulsado(a) de su vivienda, ya sea por su dependencia a la sustancia que le lleva a sustraer objetos de valor para venderlos o intercambiarlos por la droga, tornándose agresivos/as cuando su cuerpo demanda la sustancia y no la obtienen; o debido a cualquier otra situación como abusos, violencia, escasos recursos, entre otros.

Ante esto, en la mayoría de ocasiones la condición de calle figura como la única salida, a su vez, encontrándose en la disyuntiva de anexarse con la venta de drogas para suplir sus necesidades básicas e incluso llegar a consumir para “olvidar y/o escapar” de la situación por la que pasan, o al ser menores de edad en calle verse expuestos(as) a ser víctimas de agresiones físicas, psicológicas,

sexuales, laborales; no contar con un lugar estable para desarrollarse, negárseles la alimentación, la vestimenta, la higiene, el acceso a la educación, a centros de salud, en síntesis, a la máxima violación de sus derechos y a la discriminación alimentada por la ideología imperante que se apoya en el componente cultural para estigmatizar a las personas farmacodependientes, e incluso, generar un sentimiento de miedo, repudio e indiferencia. De ese modo,

(...) el problema crucial es el de introyectar la necesidad de consumir drogas. Se persigue a los consumidores pero simultáneamente se les fomenta el consumo. Se ha creado el problema y el resultado de todo esto es el de crear una juventud acrítica, apolítica, pasiva que aparenta rebeldía bajo el signo de la 'liberación interior', pero a quien fácilmente se le puede reprimir bajo el pretexto de que está enferma (Del Olmo, 1985, p.112).

Otro de los factores que podría estimular el consumo lo constituyen las relaciones interpersonales, como la presión de grupo de pares. Asociado a ello, "(...) la mayoría de estudiantes [41%] coinciden en que los padres y otros familiares son la principal fuente de información sobre drogas, aunque un sector considerable (27%) mencionó a los amigos" (Bejarano et al., 2011, 122). En ocasiones, la o el joven comienza el consumo buscando la aceptación, el formar parte de un "nosotros" (por pertenecer a un grupo, un/a joven suele crear vínculos con personas que compartan su "adicción", cambiando su comportamiento y dificultando su relación con otras sujetos/as), lo que a su vez se podría asociar con baja autoestima, la consolidación de su identidad, el deseo de escapar de la realidad, la curiosidad por experimentar con las sustancias y probar los efectos que se generan. Ese sentimiento de curiosidad se acrecienta en razón de la influencia de los medios de comunicación y la permisibilidad generada por los patrones culturales, que aprueban el consumo de drogas legales como el tabaco y el alcohol.

Tal situación evidencia que para entender el consumo de drogas se deben considerar las condiciones personales, económicas, sociales y culturales que propician o conducen a una persona a consumir. En este sentido,

El estudio del tema de las drogas debe de tratar de insertarse dentro de un contexto social concreto. No basta con saber que es un problema y que cada día aumenta el consumo. Hay que tratar de explicar por qué es un problema y por qué aumenta (Del Olmo, 1985, p.27).

Según Abdallah y Berrocal (2012), el factor genético es otro elemento a tomar en cuenta, debido a que los experimentos han demostrado que algunos(as) sujetos(as) poseen menos receptores de dopamina²⁸ que otros(as), y por lo tanto, son más propensos(as) a generar una “adicción” hacia sustancias que favorezcan un aumento considerable en la producción de esta hormona como el alcohol, la nicotina y la cocaína, entre otras.

Por lo que el análisis de la situación de farmacodependencia no puede desligarse ni apartarse de considerar el contexto socioeconómico y las particularidades de cada joven, no obstante, las conclusiones planteadas en los estudios (2004, 2006, 2009), se extienden y se generalizan a toda la población adolescente del país, anulando las diferencias, las desigualdades y las características propias de cada persona; lo que constituye una debilidad, porque sobre esa base se definen las políticas, los programas y los proyectos a implementar con la participación de los(as) diferentes actores.

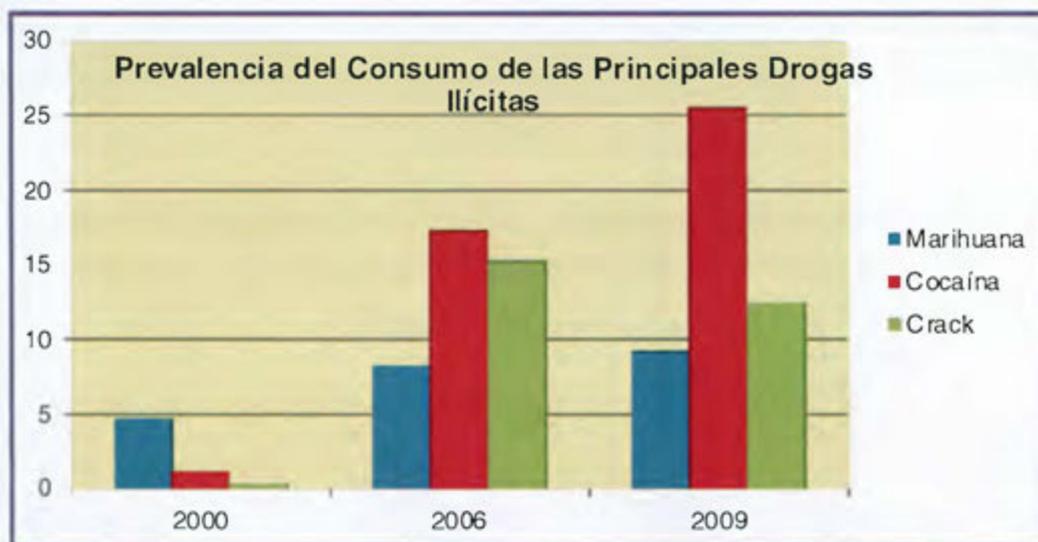
²⁸ Dopamina: “Neurotransmisor derivado de la dopa que actúa en los ganglios basales del cerebro” Real Academia Española. (2013). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://lema.rae.es/drae/?val=insidia>

Otro aspecto trascendental es que la mayoría de encuestas revisadas emplean instrumentos para la recolección de la muestra de corte internacional, tal es el caso del AUDIT (test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol), lo cual lleva a cuestionarse si la tendencia de consumo se ajusta a la realidad nacional o si se encuentra influenciada por datos generados a nivel mundial. Inquietud que se acentúa a raíz del siguiente planteamiento:

El momento actual es relevante en la medida que los organismos internacionales reportan variaciones sumamente importantes en diferentes regiones. Estabilización en el consumo de algunas drogas como la cocaína y los opiáceos; estabilización o disminución en el de éxtasis y anfetaminas y aumento en el de marihuana. Recientemente la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2005) creó un *Índice de drogas ilícitas (ICD)*, el cual genera un valor para la integración de las variables de producción, tráfico y uso indebido (Bejarano, Fonseca y Sánchez, 2009, p.9).

El panorama costarricense refleja que ha existido un cambio paulatino en el patrón de consumo y la supremacía de una droga sobre otra en determinado momento histórico, es decir, se denota un cambio en la oferta y la demanda de las sustancias, donde el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco se ha mantenido mientras que se ha producido un aumento de la ingesta de sustancias ilícitas (concretamente marihuana y derivados de la hoja de coca). A continuación, se coloca un gráfico que refleja los niveles de prevalencia del consumo de las drogas ilícitas, en el cual sobresale el incremento en el uso de cocaína durante el año 2009 (ver gráfico No. 6).

Gráfico No. 6: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de las principales drogas ilícitas en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica (cifras porcentuales).



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

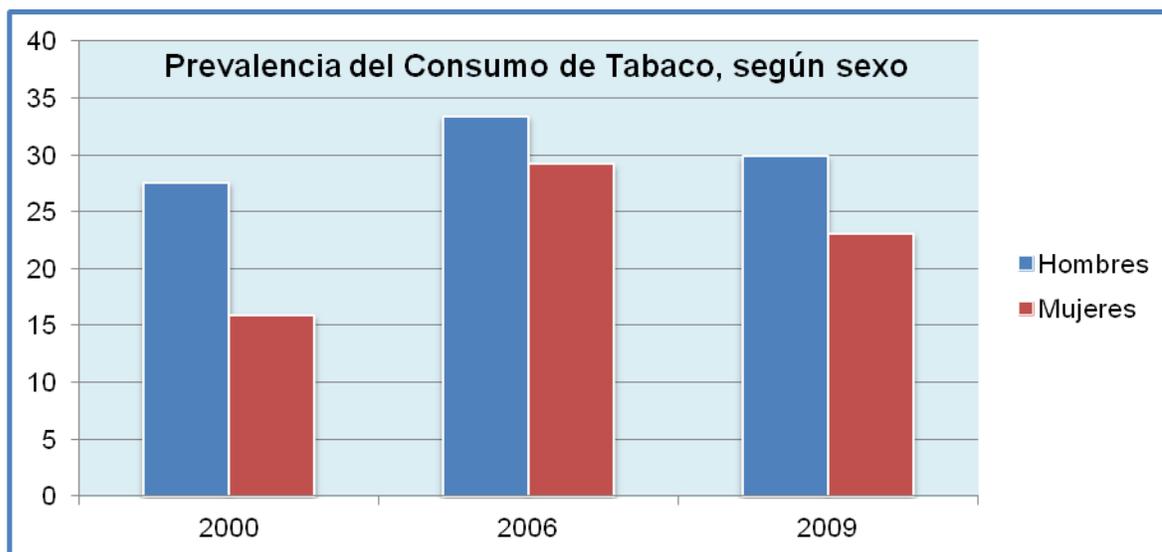
De ese modo, resulta

(...) necesario poder determinar los cambios temporales en los patrones de consumo y hacer seguimiento de los sistemas de información, de forma tal, que estos brinden la información que permita obtener una representación de la población por intervenir y contribuya al conocimiento de la situación en salud (IAFA, 2012b, p.8).

No obstante, el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco continúa ocupando el primer lugar en ingesta (se consumen en mayor cantidad que las ilícitas, ya que si bien el consumo de éstas ha aumentado aún se considera bajo en relación con otros países centroamericanos). A su vez, las drogas lícitas generan más muertes que las ilícitas, aspecto relevante ya que se consume más

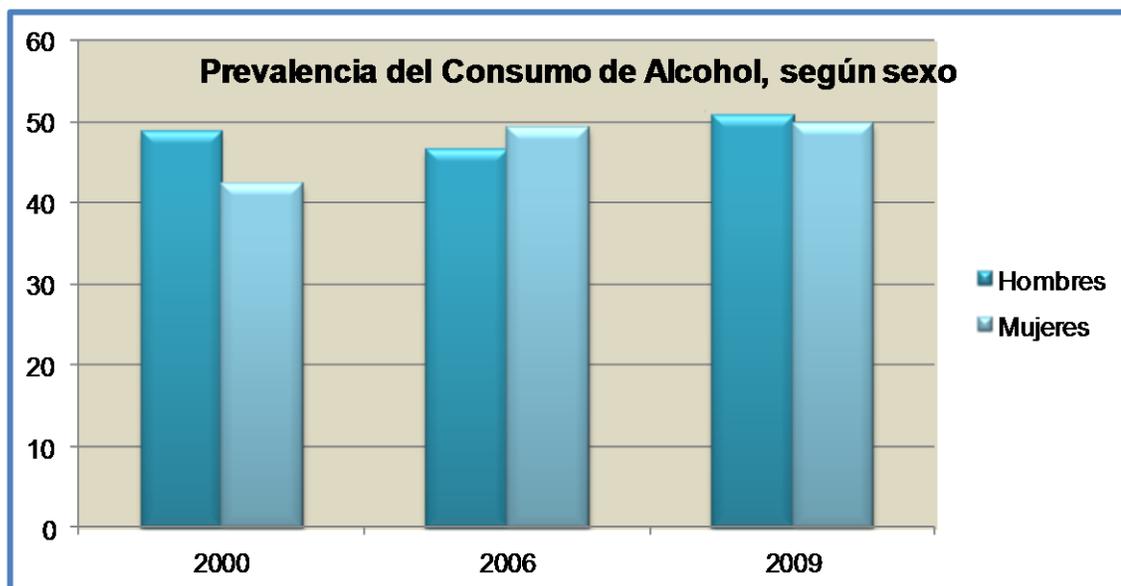
alcohol y tabaco que otro tipo de sustancias; por lo que se puede concluir que toda droga independiente de su condición (legal o ilegal), tiene repercusiones graves en las personas -que afectan el plano económico, social, personal, cultural, es decir, posee implicaciones en todos los ámbitos de la vida-. Seguidamente, se ilustra los niveles de prevalencia del consumo de tabaco y alcohol (ver gráficos No. 7 y No. 8).

Gráfico No. 7: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de tabaco en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica (cifras porcentuales).



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

Gráfico No. 8: Comparación de los niveles de prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adolescente (años 2000, 2006, 2009), Costa Rica (cifras porcentuales).



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de los datos brindados por el IAFA.

Asociado con ese panorama y con las estrategias de intervención, se rescatan los planteamientos de Bejarano, Fonseca y Ugalde (2004), al colocar que esta situación sugiere una posible orientación de los programas preventivos, sin invalidar que las drogas ilegales han tenido una evolución, expresándose mayoritariamente en dos grupos: los(as) jóvenes escolarizados(as), y aquellos(as) en condición de riesgo social o marginalización.

Conjuntamente, los(as) autores(as) apelan a una mayor conciencia social de la adolescencia como proceso real que requiere la determinación de pautas y, respuestas cambiantes.

Estrategias de prevención -que en su mayoría- adquieren un carácter educativo, es decir, las acciones que se efectúan se direccionan a aquellos(as)

jóvenes que forman parte del sistema educativo, dejando de lado o ignorando las necesidades y las particularidades de quienes -ya sea por cuestiones relacionadas al consumo y/o dependencia, o por sus condiciones materiales- no han podido y/o han sido expulsados(as) del sistema. Tal es el caso de los programas impulsados por el IAFA como “Aprendo a Valerme Por Mi Mismo”. Programas orientados a la modificación de los estilos de vida de los(as) adolescentes, no obstante, resulta trascendental plantearse el que muchos(as) no poseen los medios materiales para suplir sus necesidades básicas, por lo que se debería evaluar la capacidad de que los estilos se adapten a estas condiciones. En relación con lo anterior,

(...) se reafirma la necesidad de trabajar medidas preventivas en la población en general, pero con especial énfasis en la población joven, con el fin de promover desde edades tempranas además de educación sobre el tema, estilos de vida saludables, los cuales incluyen entre otros una dieta adecuada, la práctica de actividad física, la práctica de habilidades para vivir y la detección precoz del consumo de tabaco por parte de los profesionales de la salud, también es importante continuar con el desarrollo de acciones de sensibilización sobre las consecuencias del consumo de tabaco y la exposición a su humo (Fonseca, 2012, p.18).

Ahora bien, se considera trascendental señalar la necesidad de fomentar acciones sistemáticas, articuladas, congruentes y coherentes que se rijan bajo las mismas directrices y se proyecten a la concreción de una política universal en materia de farmacodependencia, la cual rebase el horizonte de los gobiernos de turno, y se oriente a largo plazo, interrelacionando los distintos sectores y vinculando las labores efectuadas por las instituciones y las organizaciones que abordan la temática. En ese sentido,

(...) el potencial de dichas medidas podría mejorarse si se articularan de manera tal que se constituyan en una política nacional que opere bajo un liderazgo fortalecido, con voluntad política y un alto grado de conciencia pública. Además, resulta en extremo necesario que haya intersectorialidad junto con la utilización permanente de la evidencia y la construcción de objetivos y metas medibles que faciliten su evaluación (Bejarano, 2012, p.20).

Esto, con el objetivo de brindar mejores condiciones en la prestación de los servicios sociales, además de la necesidad de ampliar su cobertura y capacidad, en tanto, se ajusten a la realidad del consumo actual. Cobertura que debe orientarse a todo el territorio nacional, por lo que se apela a la creación de más centros de desintoxicación y a que se ofrezca este servicio en todos los hospitales nacionales. En ese sentido,

(...) el número de consumidores de drogas bajo tratamiento, puede estar limitado por la capacidad (oferta) de los servicios terapéuticos, o, puede estar afectado por el nivel de sub-registro/notificación en el país, el cual no permite una readecuación de la oferta actual (IAFA, 2012b, p.9).

Realidad que refleja que un número considerable de adolescentes en condición de farmacodependencia no tenga la posibilidad de acceder al servicio de tratamiento ni se le brinde la atención oportuna y acorde a sus necesidades. En tanto,

(...) se puede establecer que la población total de menores de edad con necesidades de atención por consumo problemático de sustancias psicoactivas que no han sido percibidas por ninguno de los servicios de

atención en el territorio nacional es de 1.604 adolescentes (IAFA, 2012b, p.64).

Negación que acrecienta el irrespeto, la desprotección y el incumplimiento de los derechos de una población que se encuentra vulnerabilizada, excluida y olvidada. Víctima de acciones aisladas y alejadas de sus realidades particulares, tornándose en personas de cuya condición, ninguna institución desea hacerse responsable y, fluctúan entre un programa y otro, sin que se les otorgue una respuesta eficaz y pronta.

Capítulo V: Análisis de la política pública desde las instituciones y organizaciones vinculadas con los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia

Este capítulo desarrolla el análisis de la política pública en farmacodependencia, a partir de los diversos actores (instituciones y organizaciones) que participan en los cuatro niveles de la política, a saber: colocación del problema en agenda política, formulación, ejecución y evaluación.

A partir de la literatura revisada sobre políticas públicas, el análisis se inicia recuperando su entrada en agenda, resulta pertinente apuntar que el período de interés para la investigación radica cuando el “problema” adquiere mayor relevancia política, misma que remite a presiones internacionales que generan la promulgación y/o ratificación de leyes, tal es el caso de la Ley sobre Estupefacientes que le da génesis al ICD en un intento por condensar las acciones aisladas que se venían efectuando en la materia; así como, el tránsito del INSA a IAFA producto del cambio en los patrones de consumo a nivel nacional, y de la importancia que adquirió el uso de drogas ilícitas en el plano internacional.

Se presenta el marco conceptual que manejan los actores y que refiere a los principales fundamentos teóricos y premisas de las cuales parten para fundamentar sus acciones; aunado a ello, el marco legal y normativo, el cual regula y sustenta las medidas implementadas; y por último, el marco programático, que alude a la materialización de la política en programas y proyectos orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia.

Cada marco refleja el grado de participación de los principales actores vinculados con el abordaje de la farmacodependencia en Costa Rica, así como su

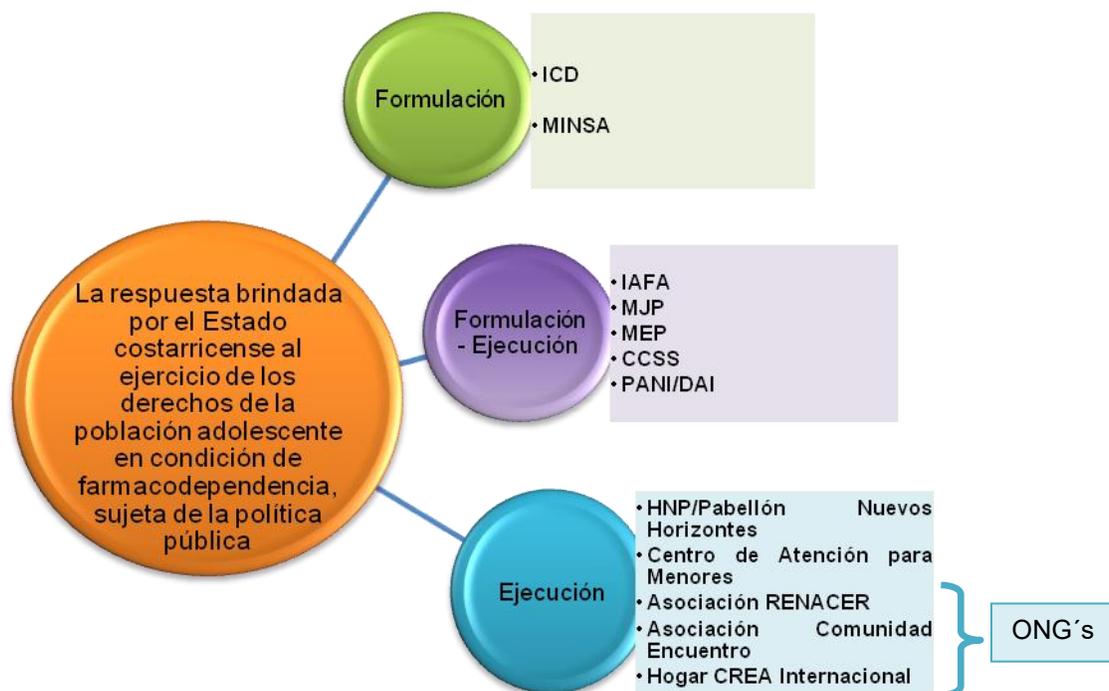
incidencia en la protección de los derechos de esta población. Permitiendo concluir que no existe una política universal, congruente, integral, pensada a largo plazo, acorde con las necesidades y particularidades de los(as) adolescentes, que posibilite el acceso a sus derechos; deficiencias observadas desde la entrada en agenda del “problema” de la farmacodependencia y los derechos de la población adolescente, la base normativa, el diseño de la política y su concreción en acciones específicas, caracterizadas por ser poco sistemáticas, discontinúas y fragmentadas.

A continuación, se contempla un esquema que permite obtener una visión gráfica de la participación de los actores en los niveles de la política; ubicación producto de la recuperación institucional y organizacional así como del acercamiento con funcionarios(as) que laboran en esas instancias. Se presentan a nivel de formulación, el ICD (rector en políticas sobre drogas) y el MINSA (rector en salud); en formulación y ejecución²⁹, el IAFA (rector en tratamiento y atención a la farmacodependencia), el MJP, el MEP, la CCSS, el PANI (particularmente el DAI, departamento encargado de la materia); específicamente en ejecución, el HNP/PNH (nivel operativo de la CCSS), Centro de Atención para Menores (dependencia del IAFA orientada a la población objeto), aunado a ello, se incorporan las ONG“s que a nivel nacional trabajan con esta población, Asociación RENACER, Comunidad Encuentro y Hogar CREA Internacional (ver figura No. 1).

Cabe acotar que la incidencia en los niveles no se limita exclusivamente a uno en específico, ya que los actores podrían vincularse inclusive en todos, dependiendo de sus competencias, la naturaleza de su objeto de trabajo, las funciones que políticamente se les imponga, el momento socio-histórico en el que se encuentre, entre otras.

²⁹ Se aclara que la colocación en ambos niveles radica en que participan tanto en el diseño de las acciones como en su operacionalización.

Figura No. 1: Participación de los actores según las fases de la Política Pública



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y., (2013).

Una vez planteada la ubicación de las instituciones y organizaciones, resulta necesario presentar una breve descripción de éstas, en la que se incorpore la génesis y, la misión y la visión que orientan sus procesos de trabajo (estas dos últimas como parte de su marco filosófico) (ver Anexos No. 6 y No. 7). Esto permite ampliar el panorama sobre los actores para posteriormente referir a su participación en la política, cuyo análisis se presenta por fases (la razón de la ubicación de cada actor se explica en el apartado correspondiente).

5.1 La colocación en la agenda política: La temática adquiere relevancia a nivel nacional

Históricamente, la farmacodependencia se ha constituido en un asunto de interés público, los primeros esfuerzos para abordarla se generan a través de movimientos sociales, liderados por grupos primordialmente de índole religioso y comunal, los cuales luchaban por dar respuesta a las diversas situaciones que enfrentaban las personas consumidoras de alcohol -principal droga utilizada por la población a inicios del siglo XX-.

Hacia la década de los años 1920, el gobierno de Costa Rica efectúa las primeras acciones direccionadas a la temática de drogas, no obstante, éstas se orientaban al área preventiva, por lo que “se crea la primera iniciativa de prevención estatal en materia de consumo de bebidas alcohólicas, que estableció como obligatoria la enseñanza antialcohólica en todos los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, tanto públicos como privados” (IAFA y MINSA, 2012, p.15).

Específicamente, para responder a la necesidad de atender a la población consumidora de alcohol, se realizan diversos esfuerzos que se concretizan en la conformación de la Liga Antialcohólica y la Comisión Sobre Alcoholismo (CSA). Esta última surge en 1954 como entidad responsable de brindar atención a esta población, producir investigaciones relacionadas con el consumo en las distintas regiones del país, así como propiciar la formulación de legislación en torno al tema, tal es el caso de la Ley sobre la Venta de Licores, la cual pretendía regular la publicidad sobre éstos.

La CSA publicó en 1971 la “Encuesta Nacional sobre Hábitos de Ingestión de Alcohol”, considerada como el principal precedente para la comprensión del “fenómeno” del alcoholismo en Costa Rica; ésta identificó la necesidad de que en el país existiera una institución encargada de su atención, aspecto que promueve la creación del Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA).

Es así como mediante el decreto de la ley conocida como “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”, se crea el INSA específicamente en el año 1973, como órgano adscrito al Despacho del Ministerio de Salud y mismo que sustituye para todos los efectos, la citada CSA (INSA, 1980, s.p.).

La consideración del alcoholismo como una enfermedad que debe ser atendida por el Estado, es reconocida en la Ley No. 5823 que reforma el Código Penal, respecto de las sanciones por los actos cometidos por las personas en estado de embriaguez. “(...) Si la infracción de esta disposición la cometiere un enfermo alcohólico, podrá ordenarse a petición del Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, el internamiento del sujeto en un centro de rehabilitación, hasta por seis meses” (Artículo 1, Ley No. 5823).

Sin embargo, según el Manual del Promotor Social del INSA (1980) estos esfuerzos no permitían abordar en su totalidad la realidad sobre las drogas que se vivía en el país, ya que para la década de los ochentas se da un giro importante: la incursión en el uso de drogas ilícitas como la marihuana, cocaína y el crack.

Cabe denotar que para esa época, en Costa Rica se da la adopción de los Programas de Ajuste Estructural (PAE'S) los cuales generan cambios sustanciales a nivel político, económico y social; ya que “a partir de estos se empezó a visualizar un cambio de Estado de Bienestar a Estado con características Neoliberales, lo que ha incidido fuertemente en las estructuras institucionales y en

la política social” (Chaves, Golen y Miranda, 2009, p.9). A raíz de la liberalización de los mercados y la apertura del comercio internacional -principales manifestaciones de esta reforma de Estado- se promueve y/o facilita la incursión de nuevas drogas en el mercado nacional, lo que repercute en el cambio de los patrones de consumo de la población. Según Amador, Bejarano y Mata (s.f.), la vinculación de los(as) adolescentes a estas drogas se debe primordialmente a su disponibilidad en el país.

Es así como para 1986, con la Ley No. 7035 el INSA sufre transformaciones institucionales que generan el surgimiento del IAFA; lo que origina que no sólo se brinde atención a personas consumidoras de alcohol, sino que se extiende a otras sustancias tanto lícitas como ilícitas; adquiriendo el rango de rectoría en el tratamiento de los(as) farmacodependientes. Lo anterior, producto -principalmente- de dos razones, a saber: la evidencia del consumo de drogas ilícitas en la población costarricense y los compromisos de carácter internacional asumidos por el país; acuerdos que promovían la existencia de políticas orientadas a la prevención y atención del uso de sustancias ilícitas.

El IAFA se constituye como un referente científico técnico a nivel nacional e internacional en el diseño e implementación de modelos integrales de atención y en la producción y transferencia de conocimiento en materia de drogas como problema de salud pública (IAFA y MINSAL, 2012, p.13).

Cabe señalar que a nivel internacional, los compromisos de los Estados se materializaron en “la promulgación de toda una serie de leyes, decretos, reglamentos, resoluciones, etc., con la finalidad de criminalizar y penalizar determinadas drogas” (Mazzotti, s.f., p.9). Tal y como sucede en el plano mundial, en Costa Rica se crea legislación vinculada al abordaje del fenómeno droga,

privilegiando el diseño de medidas dirigidas al control y represión de la distribución de las sustancias.

Todo esto no puede analizarse, sin embargo, aisladamente. El llamado 'problema de las drogas' [...] tiene todas las características de haber sido *un problema importado e impuesto*. La presión de los Estados Unidos a través de los organismos internacionales y concretamente de la Convención Única de 1961, su interés por asesorar nuestros gobiernos en la creación de las Divisiones contra Estupefacientes y el suministro masivo de publicaciones sobre el tema que difunden a través de sus Embajadas, son elementos claves en la creación de 'nuestro problema' (Del Olmo, 1985, p.90).

Debido a la promulgación de esta legislación, la cual responde a las presiones generadas por los organismos internacionales, se constituye una serie de institutos orientados a la elaboración de políticas sobre drogas, en razón de emprender y/o “frenar” la lucha contra el narcotráfico, figurando como la principal preocupación u objetivo internacional. Costa Rica no queda exenta de dicha situación, lo que provoca la génesis del ICD.

Alrededor del mundo se crean Observatorios Nacionales de Drogas (OND), como un proyecto de investigación impulsado por la ONU, con el objetivo de crear organismos que permitieran manejar todo lo relacionado con el fenómeno droga a nivel internacional. Específicamente, se direccionan a

Elaborar una visión más precisa de la situación de las drogas; abordar las cuestiones tanto de oferta, como de demanda; determinar las tendencias emergentes en una etapa temprana; poner en común información objetiva sobre buenas prácticas para la planificación y la organización de intervenciones; y proporcionar a los responsables de la formulación de

políticas los datos acreditativos necesarios para el diseño de estrategias nacionales y regionales sobre drogas y la evaluación de éstas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, sitio web).

Por lo que surgen como una necesidad de formalizar las acciones en la materia y a su vez, validar los esfuerzos que se venían gestando. Algunos de los centros originados en otros países son: la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), Guatemala; la Comisión Nacional Antidrogas (CNA), El Salvador; la Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA), Perú; el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), México; Consejo Nacional de control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), Ecuador, y en esa línea, en Costa Rica surge el Consejo Nacional de Drogas (CONADRO) -posterior ICD-.

De ese modo, por la dependencia socioeconómica que presentan los países latinoamericanos,

Si Estados Unidos tenía un problema, nosotros también teníamos que tenerlo. Por eso no ha de extrañar que el fenómeno surja con características similares y más o menos en la misma época en toda América Latina, aun cuando el proceso adquirió características propias según cada país, y donde no había tradición del problema tardó más en gestarse (Del Olmo, 1985, p.93).

De esta manera y como respuesta al compromiso asumido con la ONU, de enfrentar los retos en relación con el fenómeno droga -en función de los cambios que se presentan en la sociedad-, se firma la Ley No. 7093 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas en 1988, la cual posteriormente sufre una serie de reformas, a saber:

- Ley No. 7233, de 1991 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas.
- Ley No. 7786, de 1998 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso No Autorizado, actividades Conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.
- Ley No. 8204, del 2002 sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.

La Ley No. 8204 establece la creación del ICD en razón de la necesidad de:

(...) enfrentar esta problemática, por medio de una acción integral, sistemática y coordinada, donde el fenómeno sea combatido en todas sus distintas manifestaciones, para lo cual se propone la creación del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), el cual unifica al CENADRO y al CICAD y el Área de Precursores del Ministerio de Salud, los cuales en forma separada y aislada atienden una parte del fenómeno de las drogas (Asamblea Legislativa, 2002a, p.6).

Resulta importante resaltar el papel que asumió tanto el Poder Legislativo como los demás actores que se pronuncian al debatir el proyecto de ley, ya que su aprobación o rechazo, posee innegablemente un peso político -el cual responde a distintos intereses-, que va a influir a la hora de tomar decisiones.

El proceso de discusión de la ley, se llevó a cabo por medio de la Comisión Permanente Especial sobre Narcotráfico de la Asamblea Legislativa. Dentro de los principales planteamientos propuestos para la aprobación del Proyecto de Ley, se destaca que en Costa Rica el fenómeno droga se había constituido como uno de

los principales “problemas” sociales y de salud pública, afectando a la sociedad en general y de los(as) jóvenes en particular; de igual manera, se plantea que para ese entonces (inicios de la primera década del siglo XXI), no se disponía de recursos adecuados para el tratamiento, rehabilitación y “reinserción” social de poblaciones de niños(as), jóvenes, mujeres y hombres “víctimas” de la farmacodependencia:

La complejidad que presenta dicho fenómeno, cuyas implicaciones entre otras son de orden sanitario, social, económico y jurídico, y que en los últimos años, el énfasis ha estado centralizado en una política criminal represiva con debilidades en el área preventiva tanto del consumo como del delito, se ha visto agravada por las cambiantes tendencias del uso indebido, la oferta y la distribución de drogas (Asamblea Legislativa, 2002a, p3).

Así mismo, la Comisión destacaba que ante el auge del narcotráfico, se establecía la necesidad de incorporar mecanismos que permitieran tener mayor control y represión de dicha acción, por medio de la ampliación de la legislación y el reforzamiento de los cuerpos judiciales y policiales, los cuales controlarían, previnieran y sancionaran las actividades conexas.

Los(as) diputados(as) que conformaron la Comisión realizaron consultas a diferentes entes e instancias vinculadas con la materia, como el MINSA, IAFA, CCSS, INS, ICE, Procuraduría General de la República, Contraloría General de la República, Organismo de Investigación Judicial, Colegios Profesionales como el de Farmacéuticos, municipalidades, entre otras, quienes se posicionaron y emitieron recomendaciones y propuestas, las cuales iban orientadas principalmente a delimitar las funciones del ICD, así como a las labores que tendrían que asumir los distintos organismos involucrados en la temática. A nivel general, el proyecto obtuvo gran apoyo por parte de los entes consultados, al

colocar la necesidad de llevar a cabo acciones de prevención, atención y represión del fenómeno droga.

Se destaca principalmente el protagonismo que tuvieron actores como el IAFA, MINSA, CENADRO y OIJ en el planteamiento de recomendaciones de la ley, específicamente en los artículos relacionados con el tratamiento de las personas farmacodependientes, así como con las sanciones para los delitos vinculados con el narcotráfico desde sus competencias institucionales; temas mayormente cuestionados por los(as) diputados(as) en las discusiones llevadas a cabo en el plenario.

Ante esto, según se constata en el Expediente del Proyecto de la Ley No. 8204 de la Asamblea Legislativa (2002a) diferentes diputados(as) -que no pertenecían a la Comisión- emitieron sus criterios en los debates realizados en torno a la discusión de la Ley, por medio de mociones que pretendían “corregir” los diferentes planteamientos expuestos en los artículos, en aras de salvaguardar el papel de instancias como el IAFA.

Otro actor relevante fue la Sala Constitucional, ya que la Asamblea solicitó una Consulta de Facultativa de Constitucionalidad, ante las dudas sobre la violación de derechos como la intimidad (vinculado con la parte de las investigaciones y sanciones por los delitos de legitimación de capitales, lavado de dinero, entre otros asociados con el narcotráfico). El criterio emitido por la Sala se manifestó por medio de los votos de los(as) magistrados(as), declarando como inconstitucionales ciertos artículos, los cuales fueron sometidos a consideración por el Poder Legislativo.

El Proyecto de Ley fue aprobado en segundo debate el 17 de diciembre del 2001, ante la presencia de cuarenta y siete diputados(as), de los(as) cuales

cuarenta y uno estuvieron a favor, y seis en contra. Esta ley se considera como el “gran salto” que se da en el país hacia la atención del fenómeno droga (y como parte de éste, la farmacodependencia), ya que para ese momento (primera década del 2000) la situación se tornaba complicada por la ampliación de la demanda y la diversificación de las drogas ilícitas.

Así, con la creación del ICD se pretendió la condensación de las acciones aisladas y desarticuladas que se venían efectuando en relación con el fenómeno droga en general y la farmacodependencia en particular. Si bien, el IAFA funcionaba como ente rector en tratamiento y atención, el ICD adquiere la rectoría en el diseño y la confección de la política sobre drogas, por lo que dicta las acciones que se deberán emprender en torno a la producción, la distribución y el consumo (y la conducta de dependencia).

Siguiendo a CICAD (s.f.), Costa Rica avanzó de manera significativa en el fortalecimiento de infraestructura institucional con la centralización de la coordinación de las diferentes manifestaciones del fenómeno droga a través del ICD y la elaboración de los Planes Nacionales sobre Drogas. Pese a que la tendencia ideológica y programática del ICD se encuentra primordialmente orientada a la represión del narcotráfico, éste tiene un peso importante al formular los planes y por ende, al repercutir en las acciones que se implementen asociadas con el uso, consumo y dependencia.

Con la conformación del Instituto, se produce la formulación y coordinación de los Planes sobre Drogas, siendo el primero para el 2005 al 2007 y el segundo del 2008 al 2012. Sin embargo, se debe mencionar que anterior al establecimiento del Instituto, se elaboraban Planes Antidrogas por parte del CONADRO, el cual se crea a partir de la Ley No. 7093, de 1988 y figura como el ente antecesor del Centro Nacional de Prevención contra Drogas (CENADRO), que a su vez,

constituye el precedente del ICD. Según CONADRO (1995), dicho Consejo se adscribía al Ministerio de Justicia y gozaba de personería jurídica; conformado por el Ministro o Viceministro de: Justicia, Trabajo, Salud, Educación, Seguridad, Gobernación y Policía, así como por el director(a) general del IAFA y la o el jefe(a) del Ministerio Público. Por su parte, CENADRO se crea mediante la Ley No. 7786, de 1998, con la finalidad de coordinar las políticas específicas en los campos de la prevención, tratamiento, rehabilitación, control y fiscalización de drogas.

La función principal de CENADRO era establecer el Plan Nacional Antidrogas, el cual fue aprobado, según CICAD (s.f.), para el período 2001-2006 y tenía como antecesor el de 1995-1999. El Plan (2001-2006) contemplaba las áreas de reducción de la demanda, reducción de la oferta y medidas de control, las cuales no eran cubiertas en el anterior. Además, direccionaba los programas que las entidades públicas y privadas debían formular para fomentar la educación, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación de los(as) “enfermos(as)” y su “reinserción” en la sociedad.

Según el Poder Ejecutivo (2001), el objetivo general del Plan Nacional como Estrategia Gubernamental Antidrogas para Costa Rica era reducir el fenómeno droga en todas sus manifestaciones, basándose en una política oficial, global e integrada. Para lo cual se fundamentaba en cinco políticas de acción institucional, a saber: prevención del consumo de drogas; diagnóstico, tratamiento y atención integral para los consumidores de drogas; control, fiscalización y aplicación de la ley; investigación e información sobre drogas; y gestión, financiamiento y cooperación internacional.

El Plan Nacional sobre Drogas (2005-2007), específicamente en cuanto a personas menores de edad, destaca programas y proyectos dirigidos a la población que se encuentre en la educación formal e informal, por medio de la

estrategia de habilidades para vivir, por lo que se buscaba incidir desde la prevención. No obstante, se mencionaron las carencias de intervenciones preventivas con poblaciones específicas, constituyéndose en grupos de riesgo, como por ejemplo: personas menores de edad en condición de vulnerabilidad, adolescentes madres, adolescentes trabajadores(as), privados(as) de libertad, estudiantes universitarios(as), entre otros.

El Plan Nacional sobre Drogas (2008-2012), presta mayor atención a la población adolescente, denominándola “infanto-juvenil” (ubicada entre los 0 y 25 años de edad), evidenciando un cambio sustancial en el abordaje con respecto al Plan anterior. Dentro de los grandes desafíos se determina la formulación de políticas públicas que prioricen las acciones educativo-preventivas y de atención dirigidas a dicha población.

Como políticas específicas, se define en el ámbito de prevención del consumo de drogas:

Disminución de casos nuevos de consumo, en población infanto juvenil, por medio de la implementación de programas de prevención universal, selectiva e indicada, con enfoque de competencias y habilidades para vivir.

Dotación a la población adulta de herramientas necesarias para que prevengan el consumo de drogas en la población infanto juvenil (ICD, 2007, p.58).

A pesar de que se colocaron acciones orientadas a la población adolescente, en ambos planes se evidencia un mayor énfasis de las medidas de represión y control de tráfico (abordado como un tema de seguridad ciudadana), lo cual concuerda con las medidas establecidas desde el plano internacional, y

reflejadas en los convenios y convenciones que se han promulgado en las últimas décadas.

Subirats (2010) señala que usualmente son los “síntomas de un problema social” los que constituyen el punto de partida de la “toma de conciencia” y del debate sobre la necesidad de una política pública, en este caso, el ICD con los planes de drogas busca desarrollar acciones que se dirijan a la reducción de la oferta en detrimento de la atención de la farmacodependencia y la protección de los derechos de los(as) adolescentes.

Por lo que se podría inferir que el ingreso a la agenda política, surge a raíz del interés de enfrentar el narcotráfico y subsecuentemente, se proponen estrategias en la atención de la demanda de sustancias; en este proceso, se involucran diferentes actores que proponen “soluciones” al problema dependiendo de sus intereses particulares y su ideología o visión de sociedad.

De acuerdo con lo anterior, los intereses se transforman según las exigencias socio-históricas, así uno de los actores que influye mayoritadamente son los medios de comunicación, los cuales han colocado el uso de sustancias como expresión de las modas actuales. A su vez, la publicidad manejada desde éstos repercute en la sociedad civil, cuyas presiones se vinculan con moralismos propios de una sociedad impregnada por un gran componente religioso, incidiendo en la estigmatización y discriminación de la población farmacodependiente.

Discriminación que asociada con el hecho de que a nivel estatal se orienten medidas -principalmente- a la reducción de la oferta, explicaría que en el año 2005, una madre costarricense debió interponer un recurso de amparo ante la Sala Constitucional, demandando atención para su hijo en condición de farmacodependencia. Dicho recurso buscaba

Lograr de la Sala un doble objetivo: que se resuelva la situación concreta del menor amparado, en cuanto a la atención que requiere para el tratamiento de la enfermedad que lo aqueja. Asimismo, pretende la actora que el Estado resuelva de una vez por todas el problema de absoluta carencia de alternativas de tratamiento para menores de edad adictos a las drogas estupefacientes (Sala Constitucional, 2005, sitio web).

La Sala se pronunció planteando que las instituciones rectoras en materia de salud, niñez y adolescencia, y farmacodependencia, debían cumplir con el mandato legal establecido en la Ley Penal Juvenil, orientado a brindar atención a esta población adolescente “al considerarse una lesión directa a los derechos humanos la inexistencia de un centro especializado en la atención de personas menores de edad en situación de vulnerabilidad con problemas de adicción” (Viquez, 2011, p.8).

De esta manera, se crea el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad del IAFA, cuya función primordial radica en brindar atención y tratamiento a los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

El Centro constituye un esfuerzo en la materia producto de la movilización de la sociedad, no obstante, el análisis permite visualizar a la población adolescente como el actor más importante pero, a su vez, ha sufrido la invisibilización desde la colocación del problema en la agenda. Para la discusión de cualquier proyecto de ley se debería considerar como actor clave a la población que se ve afectada, de ese modo, se diseñarían medidas orientadas al reconocimiento de sus derechos, partiendo de su realidad y respondiendo a sus necesidades.

A partir de la caracterización del proceso de entrada en agenda, se puede afirmar que las diversas posturas colocadas por los actores involucrados no consideran la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia como un derecho; se denotan otros elementos que ejercen mayor peso, lo que incide en que sus demandas y necesidades no hayan sido escuchadas, reconocidas y sobre todo, respondidas.

5.2 Formulación de la política: Marco Conceptual y Marco Legal

Una vez abordada la colocación del “problema” en la agenda política, resulta trascendental incluir las diversas concepciones de las que parten las instituciones y organizaciones para comprender la temática, así como el marco legal y normativo que rige su accionar (incluye tanto la legislación específica como el marco general que les da sustento).

Por tanto, el apartado contempla el análisis del marco conceptual y legal de las instancias vinculadas con la atención de la población en condición de farmacodependencia, considerando que sus planteamientos inciden en el proceso de la política y que sus mandatos legales determinan tanto su constitución como el proceder de sus procesos de trabajo.

5.2.1 Marco Conceptual: Puntos de partida para estructurar las acciones

Este apartado analiza la concepción que manejan las instituciones y organizaciones involucradas en la atención de la farmacodependencia, en razón de que la visión de mundo y/o las conceptualizaciones teóricas de las cuales parten determinan la direccionalidad de las acciones que se emprendan. Los ejes conceptuales giran en torno a la farmacodependencia, la adolescencia, los derechos y la política pública.

Resulta trascendental conocer tales acepciones teóricas, para lo cual se organiza el apartado según las fases de la política y se incluyen en cada una a los actores que -mayoritamente- inciden y/o participan en éstas. Aunado a ello, se detallan las leyes específicas que rigen el accionar de cada institución, no obstante, el marco legal y normativo general tanto internacional como nacional, se abordará en un apartado posterior.

5.2.1.1 Instituciones que participan en la fase de formulación de la política

Se incluye en el nivel de formulación, al ICD en razón de que constituye el ente que dicta las directrices asociadas con las políticas sobre drogas, cabe acotar que en el nivel de ejecución sólo aporta -primordialmente- a través del financiamiento de diversos programas y proyectos. Así mismo, figura el MINSA por poseer la rectoría en salud, cuyos lineamientos determinan el proceder de las instituciones asociadas con este sector (como parte de ellas, el IAFA). Ambos -por su naturaleza- visualizan la farmacodependencia desde distintas posturas teóricas, el ICD la amplía colocándola como parte del fenómeno droga mientras que el Ministerio la asocia con un problema de salud pública.

5.2.1.1.1 Rectoría en políticas sobre drogas: Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)

Vinculado con el plano de la formulación de políticas, como se mencionó, el ICD se establece en el año 2002 a partir de la promulgación de la Ley No. 8204, en un intento por parte de las autoridades de generar acciones integrales.

Por lo que el surgimiento del ICD debe comprenderse como la base para que la respuesta que el Estado había otorgado al fenómeno droga resultara más efectiva, en virtud de que este replanteamiento, según el ICD (2006), incide en la acción institucional, permite ordenar jurídica y técnicamente los distintos ámbitos de competencia de todas las instituciones involucradas con esta temática, contempla nuevas medidas de prevención, y lo más importante, integra en un solo órgano a aquellas instituciones que antes realizaban acciones en forma independiente como el CICAD, el CENADRO y el Área de Precursores del MINSA.

El ICD lleva a cabo sus funciones amparado en un marco jurídico, establecido en las siguientes leyes:

- Ley No. 8204 Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso No Autorizado, Legitimación de Capitales y Actividades Conexas.
- Ley No. 5395 Ley General de Salud.
- Ley No. 8719 Fortalecimiento de la Legislación Contra el Terrorismo.
- Ley No. 8754 Contra la Delincuencia Organizada.
- Ley No. 5412 Orgánica del Ministerio de Salud y Ley No. 8289 Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.
- Ley No. 5412, para el Otorgamiento de Personalidad Jurídica Instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Ley No. 8800 Aprobación del Convenio sobre Cooperación para la Supresión del Tráfico Ilícito Marítimo y Aéreo de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas en el Área del Caribe.

Según la memoria institucional del ICD (2002-2006), la reformulación de su ley de creación, respondió a la necesidad de adoptar medidas para prevenir, controlar, investigar, evitar o reprimir toda acción ilícita relacionada con drogas y con otras actividades conexas, porque amenazan la soberanía, la integridad, la seguridad y el bienestar de los(as) habitantes del país.

El Instituto enfatiza en acciones vinculadas con el control y la represión de las drogas. Según el ICD (2012), se plantea el fenómeno como un hecho complejo, dinámico, de creciente extensión, “desaprobado” socialmente, que incide negativamente en la salud de las personas, además, de “debilitar” la economía del país y su sistema democrático. En esta afirmación se visualiza no solo el consumo sino que se incorporan las otras dos aristas del fenómeno

(producción y distribución), en respuesta a la lógica de la “guerra contra las drogas” liderada por Estados Unidos y no desde una visión crítica de la droga como mercancía.

Al presentarlo como un acto “desaprobado” socialmente y enfatizar en que “debilita” la economía, se culpabiliza y responsabiliza a las personas involucradas en el “fenómeno”; por lo que se sigue la lógica neoliberal que desestima los impactos que sufren estas personas y se ignoran los factores que las condujeron a asociarse a ello.

Lo anterior, conduce a obviar las condiciones desiguales en las que se desenvuelven las personas y la obligación del Estado de garantizar sus derechos. Reflejo de esta situación, es que en el Plan Nacional sobre Drogas, se ubica a la población adolescente en el grupo denominado “infanto-juvenil”, el cual comprende desde niños(as) hasta adultos(as) de 25 años, lo que impide visualizar la diversidad étnica, sexual, étnica, de lugar de residencia; e imposibilita enfatizar en aspectos relacionados con sus capacidades, derechos, necesidades, entre otras.

Tal situación repercute en que el enfoque de derechos no se contemple ni en el análisis ni en el abordaje institucional. En tanto, una de las principales formas de direccionar los procesos de trabajo bajo este enfoque, es por medio de su incorporación desde todas las fases de la política, de esta manera, el Instituto tendría la potestad de incidir en que dicha comprensión sea colocada desde el diseño, lo que posibilitaría el trascender a las otras fases en las que participan demás actores.

El ICD al situarse como un actor que participa en la formulación, debería poseer un marco conceptual específico e integral, que aborde todos aquellos

aspectos que permitan una comprensión real de la situación del fenómeno droga y en el particular, del consumo (y la dependencia), visualizando todos los elementos que éste engloba y cómo inciden en la vida de las personas que se involucran en sus diversos eslabones (así como el considerar que muchas lo conciben como la única solución a sus condiciones desfavorables de vida).

5.2.1.1.2 Rectoría en salud: Ministerio de Salud (MINSA)

El MINSA surge en el marco de la Ley No. 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”, misma que sufre modificaciones y es sustituida por la Ley No. 7927 del 12 de octubre de 1999 “Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud”. De acuerdo con la Memoria Institucional del 2011, mediante el Decreto Ejecutivo No. 34582-MP-PLAN y sus reformas (en el año 2008), el Poder Ejecutivo define dieciséis sectores para mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal; entre los cuales se crea el Sector Salud.

Siguiendo con el MINSA (2011b), en Costa Rica, el Sector Salud está constituido por el conjunto de entidades públicas (centralizadas y descentralizadas) que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar la salud de la población. El Sector está conformado por las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición.

- Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CENCINAI).
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) (MINSa, 2011b, p.20).

La rectoría de este Sector es asumida por el Ministerio, para lo cual lidera y articula los esfuerzos de los actores sociales y ejerce potestades de autoridad sanitaria, con el fin de proteger y mejorar la salud de los(as) costarricenses, por lo que debería dirigir acciones que permitan brindar tratamiento a los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

Así mismo, rige las acciones que se emprenden en las instituciones que abordan temas relacionados con farmacodependencia, ya que como rectoría emana directrices que deben ser cumplidas a cabalidad por las instancias de salud. Tales postulados se condensan en la Política Nacional de Salud que formula este Ministerio, además, concretamente en drogas, se elaboró la Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, en el año 2012.

Siguiendo con el MINSa (2011b), en el año 1973, se promulgó la Ley de Traspaso de Hospitales, que implicó transferir la administración de éstos a la CCSS, lo que resultó en un proceso de separación de funciones entre el Ministerio y la Caja. En el mismo año, entró en vigor la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, mediante las cuales se estableció la responsabilidad del MINSa de definir la política nacional de salud y, de organizar y coordinar la dirección de los servicios de salud públicos y privados.

Según el MINSA (2011b), en los noventa, el Estado costarricense se planteó la necesidad de desarrollar un Proyecto de Reforma del Sector Salud, con la finalidad de mejorar la capacidad operativa de sus instituciones e introducir modificaciones profundas en los modelos de rectoría de la salud, prestación de servicios y asignación de recursos. El proyecto incluyó tres grandes componentes: el fortalecimiento de la función rectora de la salud, la readecuación del modelo de atención en salud de la CCSS, y la readecuación del modelo de asignación de recursos en la CCSS. Es así como dicho proyecto

(...) estableció que el Ministerio de Salud debía asumir efectivamente la rectoría del Sector Salud y trasladarle a la Caja Costarricense de Seguro Social las actividades relacionadas con la atención directa a las personas manteniendo, el Ministerio de Salud, la responsabilidad de la formulación de las políticas y planes de salud, así como la regulación de todos los servicios de salud del país (MINSA, 2011b, p.125).

El Ministerio basa las acciones relacionadas con el consumo en el Reglamento para el Control de Drogas, Estupefacientes y Psicotrópicas No. 33245, 1996. Éste plantea lo vinculado con la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes³⁰, ente encargado del control y fiscalización de medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos en el MINSA.

³⁰ El Ministerio de Salud cuenta con entes adscritos, los cuales figuran como instancias desconcentradas que asumen funciones específicas, entre ellos -específicamente en lo que refiere al fenómeno de drogas- se puede mencionar a la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, “órgano adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973. Integración: artículo 19 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973”. Ministerio de Salud. (2011a). *Memoria Institucional*. Recuperado 22 de junio del 2012, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_memoria_institucional_2011.pdf

Conjuntamente con las acciones que se impulsan desde la Junta, el Ministerio se rige por la Ley General de Salud, la cual funciona como una herramienta legal para propiciar la protección del derecho a la salud, así el Ministerio debe orientar sus acciones en virtud de cumplir lo establecido en esta Ley. Cabe mencionar que el artículo 69 de la Ley se alude a que los servicios de salud de atención directa a las personas, se definen como

(...) aquellos que realicen actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o presten atención general o especializada, en forma ambulatoria o interna, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental, e incluye en esa categoría, además, a las maternidades, a las casas de reposo para convalecientes y ancianos, a las clínicas de recuperación nutricional, a los centros para la atención de toxicómanos, alcohólicos o pacientes con trastornos de conducta y a los consultorios profesionales particulares (MINSA, 2011b, p.19).

Este artículo permite aludir a que todo joven en condición de farmacodependencia tiene el derecho a acceder a los servicios de salud que presta el Ministerio, trabajándose no sólo en el área del tratamiento sino también promoviendo y previniendo el aumento de adolescentes vinculados al consumo de alguna droga.

Las funciones y los objetivos que posee esta institución desde su condición de ente rector, tienen un papel importante en el diseño de la política, porque tal y como se ha mencionado, la farmacodependencia se aborda como un problema de salud. Así, el Reglamento Orgánico (2008) del MINSA, define salud como aquel “Estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad” (p.4). Tal concepto ratifica y/o acoge lo estipulado por los organismos

internacionales encargados de plantear las normas y las directrices en materia de salud, como la OMS y la OPS.

Este concepto forma parte del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, el cual constituye el fundamento teórico del quehacer institucional y delimita su accionar, así como el de las instituciones que se encuentran bajo su rectoría. Sus principios rectores son a) el enfoque de derechos humanos y de equidad, b) el liderazgo técnico, c) la participación social y el derecho a la no exclusión, d) la orientación al impacto y e) la búsqueda de la sinergia.

La promoción y protección de los derechos humanos, y específicamente del derecho a la salud, debe ser el principal eje orientador del ejercicio rector del Ministerio de Salud, el cual debe procurar corregir las inequidades y las prácticas discriminatorias, así como el injusto reparto del poder, que obstaculizan el progreso en salud (MINSa, 2011a, pp.21-22).

Se recalca que la visión de “corregir” las inequidades, no permite asumir el desafío de erradicar esas desigualdades sociales, inherentes al sistema capitalista, patriarcal y adultocéntrico; aspecto que si bien no sólo le compete al Ministerio, se deberían gestar acciones institucionales tendientes a esa superación. Ese injusto reparto se incrementa cuando se trata de personas farmacodependientes, y entre ellos, los(as) adolescentes, quienes son también determinados por las relaciones de poder que establecen con los(as) adultos(as). Se coloca el tema de la salud como una cuestión descontextualizada y las desigualdades sociales se consideran aspectos que obstaculizan el progreso de ésta, ignorando que dichas desigualdades son las que comprometen el ejercicio del derecho a la salud.

Más que un valor social, la salud debería constituirse en un derecho de todas las personas, quienes puedan tener un acceso igualitario y equitativo, considerando sus condiciones materiales de vida y realizando una lectura global de las razones que condujeron a esa persona a demandar un servicio, tal es el caso, de los(as) adolescentes que se encuentran en condición de farmacodependencia, pues son quienes -en la mayoría de los casos- no tienen la opción y/o la posibilidad de hacer efectivo ese derecho o que las acciones que se impulsan, no logren satisfacerlo ni garantizarlo. Aspecto que se torna más difícil, si aparte de la farmacodependencia, también se localiza en condición de calle y pobreza, entre otros factores de desigualdad.

Por tanto, se denota que el Ministerio se vincula más al plano de formulación de la política, planteando las estrategias y los fundamentos que guiarán el curso de las acciones en materia de salud y que, por ende, determinan los procesos de trabajo que se lleven a cabo con los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, más que a la labor de garantizar los derechos estas personas, mediante el ordenamiento de la gestión y la coordinación de las instituciones ejecutoras. Tales instancias recogen la concepción de farmacodependencia como enfermedad continua y progresiva, que debe ser atendida mediante estrategias de corte biologista, obviando la importancia de contemplar el abordaje de otros ámbitos como el social y/o económico.

5.2.1.2 Instituciones que participan en las fases de formulación y ejecución de la política

Se coloca el marco conceptual de las instancias gubernamentales que se involucran tanto en la fase de formulación como en la ejecución de acciones direccionadas a la atención de la farmacodependencia en población adolescente. Dicha vinculación en virtud de que el proceso investigativo develó que no sólo

dictan directrices sino que también implementan acciones. Cabe aclarar que como este apartado refiere a las conceptualizaciones y a la legislación específica de cada institución, las acciones que emprenden en la materia serán retomadas en el marco programático.

Se visualiza la ubicación en concordancia con la naturaleza institucional y por constituirse en instancias rectoras en cada sector (salud, justicia y educación); en este sentido, en salud, se coloca al IAFA como el ente rector en tratamiento y atención de la farmacodependencia, el cual acoge los lineamientos que dicta el MINSA; otro de los actores ligados a la prestación de servicios de salud es la CCSS, quien a su vez emana directrices de acatamiento para el HNP. Por su parte, en justicia se contempla al MJP, en derechos de la niñez y la adolescencia al PANI, y en educación (orientado a la prevención del consumo) al MEP. Esto permite tener una mayor comprensión de las diferentes posturas teóricas que manejan las instituciones gubernamentales que atienden la temática en el país, lo que a su vez determinará la orientación de los programas y proyectos.

5.2.1.2.1 Rectoría en tratamiento y atención a la farmacodependencia: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

Históricamente, el IAFA se ha constituido en la institución estatal encargada de direccionar los procesos relacionados con la farmacodependencia en el país; vinculándose con su atención, prevención, investigación, entre otros. El Instituto - al ser un órgano adscrito al MINSA- fundamenta su accionar en el modelo salubrista, respondiendo a lineamientos de la OMS y la OPS.

Como ente rector en el tratamiento y la atención, el IAFA incide en la formulación y ejecución de la política. Desde la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No. 5412, se le otorga personalidad jurídica instrumental, señalando que

tendrá a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la “adicción” al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas, tanto públicos como privados, relacionados con sus fines; deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas, si incumplen los lineamientos estipulados al efecto. La Contraloría General de la República (2010) plantea:

El artículo 40 del Decreto Ejecutivo No. 33070 del 10 de mayo del 2006, mediante el cual se promulgó el “Reglamento General del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia”, establece que el Área Técnica del IAFA tendrá, entre otras funciones, la responsabilidad de establecer las normas y los protocolos de atención que deben aplicar los organismos públicos y privados que atienden a las personas afectadas y sus familias por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (p.11).

A partir de esto, las principales directrices a las que debe ampararse son el Plan Nacional de Desarrollo, la Política Nacional en Salud y el Plan Nacional sobre Drogas, de manera específica debe regirse por:

- Ley No. 5412 Orgánica del Ministerio de Salud y Ley No. 8289 Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No. 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Ley No. 7972 Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas, niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y

farmacodependientes, apoyo a las labores de la cruz roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución.

- Decreto 36706-S Reglamento Interno del IAFA.
- Decreto 35146-S Reglamento de organización y funcionamiento de la Auditoría Interna del IAFA.
- Decreto 35383-S Oficialización de la norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo del alcohol y otras drogas.
- Decreto 5489 Reglamento sobre regulación y control de la propaganda de bebidas alcohólicas (IAFA, 2012d, sitio web).

Para el cumplimiento de sus funciones organiza su accionar en diferentes campos de atención, particularmente con la población adolescente en farmacodependencia, se ejecuta un programa de tratamiento a cargo del Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad.

Por lo que, tanto el Instituto como el Centro manejan una concepción sobre la farmacodependencia basada en términos “médicos”, comprendiéndola como una enfermedad, la cual afecta todos los niveles de la vida de las personas (físico, psicosocial y económico). Pese a que se menciona la afección en esos niveles, se le concede centralidad al tratamiento del aspecto físico; predominio que dificulta la aprehensión de los distintos factores que condicionan el consumo.

A su vez, la adolescencia se rige por las concepciones y políticas de atención a la niñez y adolescencia, según Bejarano, Fonseca y Ugalde (2004) se contempla como un grupo etario comprendido entre edades de 10 a 19 años.

Al igual que en la mayoría de las instituciones involucradas con la temática, desde el IAFA, se recalca que las labores impulsadas se encuentran direccionadas bajo un enfoque de derechos. Contradicción sustancial en relación con la ausencia de servicios de atención integral, o bien, de espacios de participación para esta población; el enfoque debería permear todos los procesos de trabajo, los cuales requieren fortalecerse en virtud de propiciar mejores condiciones para la atención y habilitar otras opciones de tratamiento, considerándose que esta población va en aumento y no se ofrecen servicios acordes con sus necesidades. No obstante, para la institución lo referente a los derechos se viabiliza cuando se impulsa un programa aislado orientado a esta población, sin ni siquiera tener conocimiento del cómo se ejecutan esos procesos y en qué medida permiten la protección de sus derechos.

5.2.1.2.2 Prestación de servicios de salud: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Se plantea el 22 de octubre de 1943, la Ley No. 17 Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Aunado a esto, dentro de las leyes que determinan su accionar se destacan:

- Ley No. 8131 de Administración Financiera y Presupuestos Públicos.
- Ley No. 8292 de Control Interno.
- Ley No. 7852 de Desconcentración de Hospitales y Clínicas.
- Ley No. 7428 Orgánica de la Contraloría General de la República.

De acuerdo con el Poder Ejecutivo (2012), la Ley No. 7374 (1993) le concede la atención de servicios integrales de salud, estipulando que corresponde a la CCSS, la ejecución de las políticas de salud y la atención de las personas

afectadas por el consumo de drogas, como parte de los programas asistenciales que brinda dicha institución, no obstante, se denota una serie de limitaciones que obstaculizan el cumplimiento de estas funciones, tales como deficiencias infraestructurales, recorte presupuestario, falta de especialistas, entre otras.

Según Díaz et al. (2006), los lineamientos institucionales intentan brindar una respuesta a los compromisos internacionales en lo referente a la adolescencia, como los adquiridos en las Conferencias Internacionales de Población Cairo 1994, luego en Cairo +5 y Cairo +10, así como en la CCMM en Beijing 1995 y recientemente, en las metas del Milenio.

A su vez, el Poder Ejecutivo (2012) señala que la Caja cuenta con un Manual Técnico de Atención Integral a Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas y un Plan Estratégico Institucional para la Atención Integral a Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas, documentos que se encuentran en espera de la aprobación para la publicación por parte de las autoridades correspondientes.

La CCSS constituye una institución gubernamental que brinda servicios de salud en sus tres niveles de atención (primario, secundario y terciario). En particular, el HNP forma parte del nivel terciario operacionalizando las acciones direccionadas a la atención de la población adolescente farmacodependiente, servicio que ofrece a través del Pabellón Nuevos Horizontes. En este sentido, se considera trascendental retomar las diversas concepciones que sustentan el quehacer de la Caja, en virtud de que éstas rigen los procesos desarrollados en los diversos centros de salud del país. Al igual que el MINSA, la CCSS acoge el enfoque salubrista para la atención del consumo y la dependencia.

Desde la Caja, según Díaz et al. (2006), se refiere a la salud como una construcción social, incluyendo las acciones que realizan las personas, las comunidades, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, entre otros. En otras palabras, no puede verse aislada de los distintos determinantes, presentes en la historia individual y social de un sujeto concreto.

Como parte de la atención integral de la salud, siguiendo con los(as) autores(as) (2006), se torna necesario evaluar permanentemente el estado de vulnerabilidad de los(as) adolescentes y, los factores protectores y de riesgo, presentes en su cotidianeidad. Considerándolos(as) como sujetos(as) de derechos, aspecto que obliga a las instituciones de salud (estatales y privadas) a velar por su cumplimiento.

Tal argumento debería vincularse con la acepción que se posea sobre la adolescencia, la cual para la CCSS refiere a

(...) una etapa crucial en la vida de las personas así como un momento más del ciclo vital, con características específicas. Es una etapa de profundos cambios, así como de grandes retos, no sólo para las y los adolescentes sino para el conjunto de la sociedad. Esto se debe a la gran cantidad de aspectos, estrechamente interrelacionados, que intervienen en la conformación de la adolescencia, entre ellos los factores de tipo biológico-corporal, los psicológicos, los afectivos, así como los culturales y sociales en sentido amplio (Díaz et al., 2006, p.11).

Puede observarse un desfase entre el considerarlos(as) sujetos(as) de derechos y posteriormente, reducirla a una etapa más del ciclo vital. En este sentido, resulta crucial superar las visiones que conciben a las personas adolescentes como problemáticas y objetos pasivos.

Visiones que se agudizan si la persona se asocia con el consumo de drogas, al respecto se señala que existe una serie de indicadores que conducen a poner atención al consumo dentro de la problemática vivida por una parte significativa de la población adolescente. La Caja se vincula -en mayor medida- con los casos de intoxicación, enfocándose únicamente a ese proceso y reduciendo sus acciones en salud al aspecto fisiológico; además, de efectuar labores aisladas en prevención. Así,

Debe ponerse particular atención a la ingesta sin prescripción, al incremento progresivo de inicio del fumado entre las edades que van de los 12 a los 21 años, y a la temprana edad de inicio de la ingesta alcohólica que, hacia finales del año 2000, era de 15.53 años (Díaz et al., 2006, p.5).

Se vincula con la fase de formulación de la política, debido a que busca colocar diversos enfoques, desde los cuales se incida en una atención integral de la salud (y de la farmacodependencia vista como una enfermedad), por lo que en el PAIA (2006) se retoma una serie de enfoques para abordar aquellos aspectos que deberían guiar todas las acciones que se proyecten, a saber: integralidad, derechos, género, diversidad, desarrollo humano, adolescencia, protagonismo adolescente e intersectorialidad. No obstante, se observa que si bien se parte de tales acepciones, en la puesta en práctica, los servicios brindados se reducen -principalmente- a la desintoxicación dada en el HNP, dejando de lado, la atención integral a la salud que debería brindar la Caja.

5.2.1.2.3 Rectoría en el ámbito de la justicia: Ministerio de Justicia y Paz (MJP)

Para el 28 de abril del año 1982, según el MJP (2012), se decreta la Ley Orgánica del Ministerio, en la que se establece que esta institución debe constituirse en el organismo rector de la política criminológica y penológica.

En el 2009 se reforma esta Ley y el Ministerio pasa a denominarse de Justicia y Paz, contemplándose este último componente (Ley No. 8771); las funciones asumidas -mayoritariamente- se orientan a la prevención de la violencia, resolución alternativa de conflictos, participación de la sociedad civil por medio de las ONG's en la promoción de la paz, entre otras.

En el ámbito de la farmacodependencia en adolescentes, el MJP se basa centralmente en la implementación del Programa Sanciones Alternativas, en concordancia con lo establecido en la Ley de Justicia Penal Juvenil.

El Ministerio ha variado sustancialmente algunos conceptos erróneos y discriminatorios sobre la población privada de libertad, reconociendo que los(as) adolescentes que “delinquen” se encuentran en conflicto con la Ley Penal Juvenil -cabe efectuar la salvedad que aún se identifican grandes retos en la materia-. Según Sánchez (comunicación personal, 22 de octubre del 2012), en inicios de la década de los años cincuenta, los(as) “presos(as)” eran catalogados(as) “inadaptados(as) sociales”, el “peor mal de la sociedad” y quienes debían someterse fuertemente. Mientras que en la actualidad (2013) se ha llegado a concebir que la “delincuencia” no es coyuntural sino estructural, y responde primordialmente a las condiciones socioeconómicas en que se desarrolla cada persona.

La concepción sobre farmacodependencia que maneja el MJP se asocia con criminalizar el uso de drogas (sobre todo el consumo de sustancias ilícitas) vinculándolo con la “delincuencia”, es decir, no se posee una comprensión de la dependencia como elemento constitutivo del fenómeno droga y se tiende a castigar e incluso a estigmatizar a esta población. Resulta importante trascender en esas conceptualizaciones, no obstante, el Ministerio se mantiene al margen y/o relega la atención de la población farmacodependiente privada de libertad -principalmente- a las ONG’s, pese a que la mayoría de personas que se encuentran en los centros penitenciarios se ligan con alguna arista del fenómeno, el consumo y la dependencia no son retomados como aspectos prioritarios, enfocándose en el narcotráfico.

Por lo que se puede argumentar que el sistema penitenciario costarricense centra sus acciones en la reducción del tráfico ilícito presente en los centros, pese a ser considerada una problemática recurrente y con pocas posibilidades de ser resuelta; en razón de que esa “solución” radica en la transformación del sistema capitalista. Dicha reducción

(...) se trata por medio de la incorporación de “requisas” periódicas en todos los centros penales, esto permite recolectar armas u objetos que permitan que los privados de libertad se dañen, ya sea como parte de los efectos de la droga o bien como forma de cobrar deudas de consumo (Sánchez, A., comunicación personal, 22 de octubre del 2012).

De acuerdo con Sánchez (comunicación personal, 22 de octubre del 2012), los objetivos de la institución se direccionan a brindar atención “contemplando” los derechos de esta población, sin embargo, se denota la ausencia de programas institucionales que provean tratamiento a los(as) adolescentes

farmacodependientes en conflicto con la Ley; lo que constituye un ejemplo claro de la negación de sus derechos.

Pese a ello, un esfuerzo en la temática radica en la creación del Programa de Sanciones Alternativas (se detalla en el apartado referente a la Ejecución de la Política), el cual representa una alternativa a la privación de libertad, tomando en cuenta aquellos delitos generados por la necesidad de cubrir su consumo y/o por la vinculación con la producción o comercialización de la droga. Es así como los(as) adolescentes a quienes se les otorgue la sanción alternativa deberán ingresar a algún programa de tratamiento.

Según Sánchez (comunicación personal, 22 de octubre del 2012), el Programa consiste en generar alternativas u opciones en las que esta población pueda cumplir su sanción en un programa de internamiento, debido a que los delitos -en muchos de los casos- son considerados menores y, se relacionan con la búsqueda de satisfacer su consumo, así como el suplir otras necesidades.

El MJP -al igual que el ICD- concede prioridad a la represión del narcotráfico, lo que responde a la naturaleza y a la finalidad del Ministerio, y a las exigencias societarias. Lo anterior, acentúa la violación a los derechos de la población farmacodependiente en conflicto con la Ley, esto al no brindársele alternativas de atención y tratamiento para todos(as), ya que si bien algunos(as) podrán insertarse en el Programa de Sanciones Alternativas, existen aquellos(as) que no cuentan con esa posibilidad.

5.2.1.2.4 Rectoría en derechos de la niñez y la adolescencia: Patronato Nacional de la Infancia (PANI)

Al considerar que la investigación presenta como población objeto a los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, la participación del PANI resulta fundamental en razón de que su naturaleza permite que se contemple a esta población como sujetos(as) de derechos, buscando la incidencia en la defensa y exigibilidad de éstos.

El PANI figura como el ente rector en la protección y validación de los derechos de los(as) niños(as) y adolescentes. Para realizar su labor se ampara en la normativa nacional e internacional que se deriva principalmente de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Costa Rica en 1990, el Código de la Niñez y la Adolescencia (7739) de 1998 y su Ley Orgánica (7648) de 1996, que constituyen el marco legal mínimo para la protección de los derechos de dicha población en Costa Rica.

Al constituirse en rector, le corresponde por medio de la normativa establecida, coordinar y supervisar los servicios brindados a las personas menores de edad (PME).

En lo concerniente al consumo y la dependencia de drogas, es por medio de las acciones del Departamento de Atención Integral (DAI) -instancia de la institución encargada del trabajo con esta población- que se busca responder a las necesidades de atención.

Según González (comunicación personal, 4 de setiembre del 2012), desde el DAI se considera la farmacodependencia como una condición de “mayor vulnerabilidad” a la que se encuentran expuestos(as) los(as) adolescentes, pero

en mayor porcentaje quienes se localizan en condición de calle. El accionar del DAI pretende responder a la situación de emergencia por la que pasa el(a) adolescente y de ese modo, dar protección a sus derechos. Labor enmarcada en la inmediatez y que no logra trascender a una respuesta oportuna a su condición, por lo que ese cumplimiento queda lejos de ser efectivo en la práctica.

El PANI incide en la formulación de políticas vinculadas con la protección de los derechos de los(as) adolescentes, por lo que su manera de concebir a esta población y a sus derechos, influye en la direccionalidad de los procesos que se desarrollen. En el aspecto de la ejecución, siguiendo a González (comunicación personal, 4 de setiembre del 2012), el Patronato colabora -principalmente- con el componente familiar y con el establecimiento de las medidas de protección a raíz de esa valoración inicial que se efectúa en el DAI.

Al igual que en la mayoría de las instituciones relacionadas con esta población y con la temática objeto de análisis, en el PANI se promueve la exigibilidad de derechos de los(as) adolescentes, desde el plano de lo formal y como parte de su naturaleza, pese a que cuenta con la posibilidad de abrir espacios de participación a esta población, en los que se propicie su incidencia en la formulación de las políticas, no obstante, éste parece ser un elemento de menor trascendencia para esta institución.

Una institución de tanta trayectoria como el Patronato debería generar procesos desde las oficinas locales, a través de actividades de concientización con un corte socioeducativo, esto con la finalidad de informar sobre los derechos y la manera en cómo pueden hacerse efectivos, no obstante, su papel se reduce a formar parte de coordinaciones entre las instituciones u organizaciones encargadas de la atención de la farmacodependencia.

5.2.1.2.5 Rectoría en educación: Ministerio de Educación Pública (MEP)/ Prevención del Consumo

El MEP, al constituirse como ente rector en materia de educación a nivel nacional y al incidir en la formulación y ejecución de las políticas, se encuentra amparado por una serie de leyes, políticas y reglamentos, los cuales establecen un marco legal y normativo que determina el accionar institucional. Dentro de éstos sobresalen:

- Ley No. 2160 Fundamental de Educación.
- Ley No. 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley No. 181 Código de Educación.
- Ley Orgánica del Ministerio de Educación Pública.

Se destaca que el MEP formula en el año 1994 la Política Educativa hacia el Siglo XXI, aprobada por el Consejo Superior de Educación el 8 de noviembre del mismo año. Dicha Política permite obtener un panorama sobre el marco en el que se desarrollan las acciones llevadas a cabo por el Ministerio. Ésta plantea como principales propósitos:

- Convertir la educación en el eje del desarrollo sostenible.
- Cerrar las brechas existentes entre la calidad de la educación que reciben los estudiantes de las áreas urbanas y rurales y eliminar la diferenciación entre las instituciones educativas de las áreas urbanas marginales y no marginales.
- Formar recursos humanos que eleven la competitividad del país necesaria para triunfar en los mercados internacionales.

- Fortalecer valores fundamentales que se han ido perdiendo con el pasar del tiempo.
- Fortalecer la educación técnica y científica a la par de la deportiva y la cultura como forma de estimular el desarrollo integral de los estudiantes.
- Hacer conciencia en los individuos acerca del compromiso que tienen con las futuras generaciones procurando un desarrollo sostenible económico y social en armonía con la naturaleza y el entorno en general (MEP, 2012c, sitio web).

Cabe señalar que estos propósitos se enmarcan en un contexto en el que las políticas neoliberales vienen a influir no sólo en aspectos económicos, sino también educativos. Se conoce el papel que han jugado distintas entidades como el caso del Banco Mundial (organismo financiero de gran influencia internacional), en determinar las orientaciones que debe tomar la educación, favoreciendo sectores técnicos y que respondan a las exigencias del mercado.

Concretamente en el tema de farmacodependencia, el MEP se centra en la prevención, desarrollando proyectos y programas de manera conjunta con el ICD o el IAFA. Dicha labor se efectúa por medio de la constitución de diferentes comisiones, amparándose bajo la normativa y leyes del Ministerio, así como del IAFA.

Según el Poder Ejecutivo (2012), el artículo 66 del Código de Niñez y Adolescencia, relacionado con Denuncias ante el MEP en el inciso b) “la obligatoriedad de las autoridades de los centros educativos públicos y privados de comunicar al MEP „bs casos de drogadicción” para que el sistema educativo establezca los mecanismos propios para responder oportuna y eficazmente a ésta problemática” (p.23). Tales mecanismos refieren a la prevención educativa, no

obstante, se denotan casos en los que se incurre en la negación a la educación mediante la expulsión del centro educativo o el no acceso al mismo.

Razón por la cual, el MEP representa un actor que se involucra prioritariamente en el ámbito de la prevención del consumo, enfocando sus acciones en el desarrollo de programas acordes con su énfasis (educativo) y orientados a las poblaciones con las que trabaja (niños/as y adolescentes); programas que serán retomados en el marco programático.

Por su naturaleza, se concentra mayormente en ejecutar programas impartidos por docentes de las instituciones educativas del país, los(as) cuales a su vez, son capacitados(as) por funcionarios(as) del IAFA, promoviendo principalmente una comprensión de la farmacodependencia desde el enfoque médico-sanitario que maneja dicha institución.

Los programas implementados consisten en desarrollar habilidades personales, familiares y sociales, de manera que les permita generar un efecto positivo en sus vidas; traduciéndose en la posibilidad de no involucrarse con el consumo de drogas. Estos programas son impartidos en todos los centros educativos del país mediante el desarrollo de actividades pedagógicas, con la conducción y el apoyo de los(as) docentes.

Si bien, una de las poblaciones específicas de este actor son los(as) adolescentes, cabe señalar que los programas impulsados por el MEP no contemplan elementos relacionados con sus demandas, es decir, se promueve la búsqueda de aspectos que les facilite abstenerse de consumir, más no se profundiza ni particulariza en conocer cuál(es) factor(es) los llevarían a éste y/o a una dependencia.

En síntesis, el MEP actúa como ejecutor de la política -pese a considerarse formalmente que tiene incidencia en la formulación de estos programas-, el proceso investigativo reveló, que en la práctica, su papel se concentra en dotar de recurso humano y tiempo para que las acciones sean implementadas en los centros educativos, participando aisladamente en el diseño de éstas, reduciéndose a un aspecto meramente formal.

5.2.1.3 Concepciones de las instancias ejecutoras: El apego a los puntos de partida de las rectorías

Las instituciones ejecutoras de la política operacionalizan las directrices y los lineamientos que devienen de los entes rectores en la temática. Por ende, como parte del marco conceptual resulta pertinente incluir las concepciones de las instancias que se involucran -primordialmente- en la ejecución, aclarando que las posturas teóricas de las rectorías influyen en la visión que manejen los entes que implementan los programas.

5.2.1.3.1 Instituciones gubernamentales

5.2.1.3.1.1 Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP)

El HNP sustenta y rige sus acciones siguiendo las directrices estipuladas por la CCSS. Tal Hospital ampara sus labores basado en la Constitución Política y la normativa de la CCSS; integrando, además, declaraciones, políticas y reglamentos internacionales.

De acuerdo con el Plan Estratégico 2008-2012 del HNP, entre la legislación internacional se puede mencionar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Caracas (noviembre 1990), el Pacto Internacional de

los Derechos económicos, sociales y culturales, el Pacto Internacional de los Derechos civiles y políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Declaratoria de los derechos humanos de los enfermos mentales (noviembre 1990), IV Conferencia Internacional de Beijing (1995), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994), entre otras.

Conjuntamente, a nivel nacional, existen leyes que determinan y direccionan el accionar del Hospital, éstas se contemplan:

- Ley No. 17 Constitutiva de la CCSS.
- Ley No. 2854 de Financiación Hospitalaria - 8057.
- Ley No. 5395 General de Salud.
- Ley No. 7852 Desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS.
- Ley No. 8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley No. 8292 General de Control Interno.
- Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas y su reglamento (CCSS y HNP, s.f., pp.10-11).

Se rescata la naturaleza y la finalidad específica del Hospital, la cual se vincula con los procesos de trabajo enfocados al abordaje de la enfermedad mental en nuestro país; operacionalizando las estrategias y directrices impuestas por la CCSS, por lo que las concepciones en que se fundamenta su accionar recogen las premisas de esta última. Como se mencionó, en el HNP, la atención de la población adolescente farmacodependiente se desarrolla en el Pabellón Nuevos Horizontes, en donde se trabaja bajo la modalidad “patología dual”, la cual

se centra en el abordaje paralelo tanto de la dependencia a la sustancia como la enfermedad psiquiátrica.

Pabellón que se ubicaba -en sus inicios- como parte de la denominada “Unidad de Niños y Adolescentes”, en la cual se atendían a los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia y a aquellos(as) que presentan alguna enfermedad catalogada como mental, es decir, no se efectuaba una distinción entre una u otra y se les mantiene juntos(as); aspecto que reafirma el hecho de considerarse y/o tratarse a la farmacodependencia como una enfermedad mental, y no trascender a realizar una lectura de los otros factores que intervienen o propician el consumo y/o dependencia.

Tal consideración producto de ubicarse el Pabellón como una instancia del HNP, por cuanto esa asociación de la farmacodependencia con una enfermedad de índole mental tiene ciertas implicaciones, como acentuar el aislamiento de la o el adolescente y con esto, privándolo(a) de derechos como el acceso a espacios de recreación, a convivir con su familia, a crecer en lugares idóneos y donde se les brinde las mejores condiciones.

Respecto a la adolescencia, se entiende como un período determinado (de los 12 a los 18 años), población hacia la cual se dirige el quehacer del Pabellón, no obstante, la adolescencia no puede ser considerada solamente en términos de edades, anulando las condiciones socio-económicas presentes en la vida de cada adolescente y que inciden en su desarrollo.

El HNP figura como uno de los actores que adquiere mayor trascendencia en relación con la atención de la farmacodependencia, en razón de que la mayoría de adolescentes que ingresan a las ONG’s, en un primer momento, son abordados(as) por el PNH, el cual ofrece el proceso de desintoxicación.

Se visualiza un marco conceptual débil, concediéndole prioridad al enfoque médico-sanitario, denotando el apego a la postura de la CCSS y al resto de instituciones de salud.

5.2.1.3.1.2 Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad

Como se abordó, el Centro surge como respuesta de la Sala Constitucional a un recurso de amparo, en tanto, se decreta la obligación del Estado (por medio de la CCSS, PANI, ICD e IAFA) en la creación de un centro especializado. Razón por la cual sus lineamientos legales y normativos se amparan bajo el marco de dichas instituciones.

Según el Manual de Procedimientos de Procesos de Atención a personas menores de edad del IAFA (2011a), el Centro, al encontrarse directamente vinculado con el IAFA, dicta que las acciones estarán bajo la aplicación de la Política Institucional No. 3 referente al Desarrollo de Estrategias Preventivas y de Atención al “problema” de las drogas, dentro de la cual se destaca:

- **Prioridad Institucional:** Ofrecer a la población nacional una oferta de servicios ampliada, diversificada y accesible de tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- **Objetivo Estratégico:** Ampliar el acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación, tanto en las instalaciones centrales el IAFA como a nivel regional (IAFA, 2011a, p.14).

Conjuntamente, se señala que se deben cumplir los derechos que establece el marco jurídico en materia de niñez y adolescencia (Código de la

Niñez y Adolescencia, Constitución Política, Convención sobre los Derechos del Niño), y los lineamientos protocolarios que coloca el IAFA.

Como elementos teóricos que subyacen en la atención de las personas menores de edad en vulnerabilidad social y consumo de drogas, se abordan enfoques como el de Derechos, el cual permite considerar que:

Las personas menores de edad en vulnerabilidad social y con problemas por consumo de drogas, al estar expuestas a situaciones de vulnerabilidad en su desarrollo, atenta contra los derechos fundamentales de estas personas, por lo cual, las acciones estatales ante dicha problemática, es una prioridad (IAFA, 2011b, p.40).

El Centro -al ser un órgano del IAFA-, parte y se fundamenta en las mismas concepciones del Instituto, enfocándose a la atención de la salud y sus implicaciones, por tanto, la comprensión que se maneja de la farmacodependencia se vinculada a la del enfoque biopsicosocial, el cual se entiende “como una conducta regulada por factores biológicos, psicológicos y sociales [...] no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicas, biológicas (factor genético) y socioculturales en un momento dado” (Ibídem, p.46).

Otro de los enfoques que sustentan el programa es el de resiliencia, el cual brinda énfasis en las competencias y habilidades para que una persona se desenvuelva “positivamente” en un ambiente “negativo”, según el IAFA 2011b, refiere a la “capacidad de resistir la destrucción, de proteger la propia integridad y de construcción de la propia vida a pesar de las circunstancias adversas que presenta cada persona” (Morales, 2000, citado en IAFA 2011b, p.60).

Resulta contradictorio enfatizar en la capacidad que pueda tener una persona para desenvolverse en un medio adverso, si no posee los medios y/o recursos para satisfacer sus diferentes necesidades; por lo que una actitud positiva o bien, las habilidades personales no tienen un verdadero espacio para su potenciación, especialmente, al tratarse de niños(as) o adolescentes, quienes se encuentran en mayor condición de vulnerabilidad. Lo anterior, se reafirma al señalar que:

(...) El/la niño/a resiliente es definido como aquel que trabaja bien, tiene buenas expectativas, tiene facilidad de relacionarse con los demás, desarrolla factores sociales adecuados, tiene una capacidad en la resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito y futuro, (CONACE 2005), es decir un/a niño/a que presenta competencias que le permiten un desarrollo favorable (Ibídem, p.61).

Otros enfoques complementarios que se destacan son el Enfoque de Género, el de Factores de Riesgo, el de Protección y la desregulación psicológica, así como el Evolutivo comprensivo; los cuales para efectos de la investigación no resulta pertinente retomar.

Vinculadas con las labores y/o coordinaciones que efectúan tanto el Centro como el HNP con otras instancias, se torna necesario incorporar el marco conceptual que manejan las ONG's encargadas de la temática en Costa Rica, el cual retoma la ideología religiosa que determina sus modelos de atención.

5.2.1.3.2. Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

Según el IAFA y MINSA (2012), el IAFA ha asumido la atención de las personas adolescentes en farmacodependencia por medio de escasas ofertas de programas de rehabilitación y reinserción social en virtud de las limitaciones de recursos que afronta, por tanto, “Esta situación produce que las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) hayan venido llenando el vacío dejado por el Estado en materia de tratamiento y rehabilitación” (pp.35-36).

Se destaca que estas organizaciones, al ser aprobadas y acreditadas por el IAFA, deben cumplir una serie de requisitos y lineamientos, así como responder a políticas que desde esta instancia se emanen:

Para operar en el país, las Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales (ONG), que brindan asistencia a las personas con consumo de sustancias psicoactivas, deben de ajustarse a la normativa vigente, relacionada con todas aquellas condiciones y requisitos que garanticen la calidad, igualdad, accesibilidad y seguridad necesaria para las personas usuarias de estos servicios (Poder Ejecutivo, 2012, p.24).

Entre la normativa que regula estas actividades se encuentra:

- Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud (Decreto ejecutivo 34728-s, que entró en vigencia el 9 -10-2008.
- Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos de Atención a Personas Consumidoras de Alcohol u otras drogas, mayores de 18 años

(Decreto Ejecutivo 32997-S). Programa de desintoxicación publicado el 6 de abril del 2006.

- Ley General de Salud.
- Ley de creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, y su Reglamento.

Así mismo, según señala Granados (comunicación personal, 27 de setiembre del 2012), en el tema de acreditaciones intervienen otras instituciones estatales. Desde el MINSA se deben otorgar los permisos si las instalaciones cumplen con los requisitos para la habilitación de lugares residenciales para fines de salud pública; el IMAS, supervisa los aspectos legales de las constituciones de las asociaciones sociales sin fines de lucro; y la Contraloría General de la República, supervisa la idoneidad y garantía para el manejo de fondos públicos, y el control de los presupuestos anuales.

En Costa Rica, las ONG's se rigen bajo la Ley de Asociaciones No. 218 (1939) y su Reglamento (2001), en el cual se establecen los lineamientos que deben seguir para poder conformarse a nivel nacional.

La participación de las ONG's se enfoca específicamente en el nivel de ejecución de la política, ante esto, es primordial poseer una conceptualización sobre los aspectos fundamentales relacionados con la temática, los cuales direccionan sus procesos de trabajo.

5.2.1.3.2.1 Hogar CREA (Casa de Reeducción de Adictos) Internacional

Representa una de las ONG's cuya intervención se basa en una ideología de corte internacional, la cual le concede sustento y razón de ser. Es así como:

Hogar Crea se establece como una comunidad, cuya filosofía está basada en el principio existencial de responsabilidad individual y colectiva de ayuda mutua y esfuerzo personal. La misma sostiene que es responsabilidad del individuo hacer el mejor uso posible del tratamiento que se le ofrece (...) (Hogares CREA, 2012, sitio web).

Para esta organización, las personas se vinculan a la farmacodependencia respondiendo a una preferencia personal, a un gusto por las sustancias, no se concibe como parte o respuesta a manifestaciones propias en la vida que hacen que se genere el consumo y posteriormente, la dependencia. Dicha comprensión incide en la forma en que se desarrolla su programa de rehabilitación.

Desde este tipo de organizaciones se parte de conceptualizaciones caracterizadas por un fuerte componente discriminatorio y moralista, visualizado en la manera en cómo se considera a las personas en condición de farmacodependencia, quienes son señaladas, según Hogares CREA (2012), como un “mal social”, una persona “no útil”, “no digna”, “incapaz”; aspecto que deja entrever que no se posee un análisis multifactorial que permita comprender la situación de cada joven.

Perspectiva que promueve la visión de que ellos(as) son los(as) responsables de su dependencia y por ende, de su fracaso; por lo tanto, se encuentran en “deuda” con la sociedad, y la forma de subsanarla es comprometiéndose a ser individuos “útiles” y “dignos(as)” de pertenecer a ésta.

Aunado a ello, cabe señalar que esta organización efectúa procesos de trabajo con diferentes poblaciones, sin embargo, no se particulariza por grupo etario, es decir, en el caso de los(as) adolescentes, son considerados(as) como

un(a) “adicto(a)” más; sus particularidades no se reflejan en las conceptualizaciones, ni en la forma en que se trabaja con ellos(as).

Otros de los términos comúnmente empleado es el de “reeducar”, refiriéndose al objetivo que origina el programa, en tanto, se plantea que se debe “reeducar” a aquellas personas que se encuentran fuera de los parámetros socialmente establecidos.

Para proceder a esa “reeducación”, se parte de elementos religiosos, colocando aspectos relacionados con la fe y con la capacidad de amar como las herramientas primordiales, descontextualizando la situación de cada una de las personas y por ende, discriminando a quienes no poseen la creencia religiosa de la organización.

Hogares CREA (2012) centra sus procesos en el desarrollo de las capacidades para afrontar las adversidades de la vida; desde esta postura, se ignoran las necesidades, las desigualdades y las dificultades que se les presentan a las personas, de ese modo se culpabiliza a el o la adolescente por “no poseer” esa capacidad para enfrentar las situaciones difíciles.

El tema de los derechos desde esta organización, no es asumido con la claridad o apertura que se requiere, esto se visualiza cuando Vargas (comunicación personal, 3 de octubre del 2012) argumenta que la forma de responder a los derechos es por medio de la incorporación de los(as) adolescentes al sistema educativo o brindarles la opción de obtener servicios de salud periódicamente. Estos aspectos forman parte y son unos de los derechos a los que debe acogerse, sin embargo, no se trasciende ni se considera pertinente abrir espacios de participación en que los(as) adolescentes expresen demandas, las cuales puedan traducirse en propuestas para la mejora de los programas.

Esta organización contribuye a cubrir la demanda de la población, sin embargo, su actuación realiza un débil aporte al ejercicio de los derechos de los(as) adolescentes, dada la ausencia de una conceptualización clara y precisa sobre la farmacodependencia, la falta de comprensión de las particularidades de la población adolescente y la utilización de enfoques que no permiten un abordaje integral de las causas estructurales que producen la condición de dependencia.

5.2.1.3.2.2 Centro de Restauración a la Niñez en Abandono y Crisis para una Esperanza Renovada (RENACER)

Resulta posible argumentar que existen muchas similitudes entre las ONG's, la mayoría de éstas se refiere a los programas de tratamiento que desarrollan, los enfoques desde los que se posicionan y las poblaciones que atienden. En el caso de RENACER, se enfoca en adolescentes mujeres, lo cual particulariza su "intervención".

Aunado al programa de RENACER, en Hogares CREA se brinda un servicio para mujeres, ambos comparten y/o se sustentan en la misma filosofía y siguen enfoques parecidos, rigiendo las acciones a partir de una concepción moralista del consumo y acentuando la responsabilización de la persona.

La organización refiere a la "adicción" como una espiral, es decir, los procesos de "cambio" son variados; no obstante, tal postura enfatiza la culpabilización de la adolescente. Según Obando (comunicación personal, 10 de octubre del 2012) dentro de la comprensión que se posee sobre la "adicción", se plantea la etapa precontemplativa, refiriendo al momento previo a la inserción de las adolescentes al programa de tratamiento y, la contemplativa, cuando se da cuenta de "su problema de adicción" y decide incorporarse al programa.

Siguiendo a Obando (comunicación personal, 10 de octubre del 2012), la temática de derechos se centra en mantener al personal en constante capacitación, además, se coloca que las adolescentes los conocen y por ende, pueden demandarlos en cualquier momento. No obstante, el acceso a los derechos se reduce a la “oportunidad” de la población de recibir atención médica y/o estudiar (lo cual trae consigo contradicciones pues se les capacita en oficios, tales como: peluquería canina, que no les permitirán acceder en el futuro a una mejor calidad de vida).

Otro aspecto propio de un enfoque de derechos y particularmente, en el caso de esta organización, que trabaja con mujeres, es lo relacionado con el género, lo cual a raíz de la investigación y las entrevistas realizadas no representa un eje transversal en sus procesos de trabajo. Lo anterior, en razón de que si bien se trabajan temas como la sexualidad, no se vislumbra como una categoría constitutiva de las acciones emprendidas desde RENACER.

5.2.1.3.2.3 Asociación Comunidad Encuentro

Como se señaló, los programas de las ONG’s se direccionan bajo la modalidad de comunidad terapéutica y su filosofía se basa en una concepción de corte cristiano-religioso. En este sentido, la Asociación parte de que “(...) ha nacido del mensaje de Cristo y se empeña en la fidelidad a los valores del Evangelio, viviendo con profundidad la espiritualidad del Amor” (Comunidad Encuentro, 2012, sitio web).

Según Piedra (2004), la función principal de la Comunidad establece que:

(...) es una libre asociación de voluntarios y que tiene como finalidad el poder ofrecer un período de intensa y profunda experiencia de vida y de socialización comunitaria a personas que, en la degradación de la marginación de la droga han perdido la orientación psicosocial, pero sobre todo la interior, alrededor de la cual poder construir una vida autónoma, responsable y de relaciones (p.49).

Se puede visualizar como se tiende a considerar a la persona como “degradada” y “marginada” por la droga, siendo responsable de su condición por una pérdida de “orientación”, descontextualizando que el consumo va mas allá de una decisión personal y dejando de lado la complejidad y los múltiples factores, no solo individuales sino familiares y/o sociales que inciden en que una persona consume alguna sustancia.

Al referir que el servicio se cataloga como una “caridad”, el tema de la defensa y exigibilidad de derechos se rezaga y no se contempla como parte de los principios de la organización.

5.2.1.4 Encuentros entre las visiones que permean las instituciones y organizaciones

A la luz del planteamiento del Marco Conceptual, se concluye que las instituciones y organizaciones investigadas poseen una concepción fragmentada sobre políticas públicas, lo que repercute en que entes rectores en la temática como el ICD y el IAFA, basen su accionar en mandatos legales y no en la complejidad estructural que genera la farmacodependencia, lo que obstaculiza una perspectiva que considere al Estado como garante de derechos de la población adolescente.

Cabe acotar que las diferentes instancias gubernamentales visualizan la farmacodependencia de acuerdo con el área en que se involucran y/o dependiendo de la naturaleza de su objeto de trabajo, es decir, en el caso de las instituciones de salud, el MINSA al ser el ente rector, sus lineamientos institucionales y sus concepciones sobre la temática influyen en las orientaciones que adquieran los entes ligados con esa área; asociándose -primordialmente- al enfoque médico-sanitario para la comprensión del fenómeno droga.

Otra perspectiva que también tiene un fuerte arraigo es la adoptada por el sector justicia, cuya rectoría se encuentra a cargo del MJP. Las instancias vinculadas con este sector, consideran que la farmacodependencia altera no sólo el organismo sino que además influye en el orden social; por lo cual se castiga y/o penaliza a aquellas personas que se involucren con la producción, la distribución y el consumo de drogas ilícitas, en este sentido, cabe aclarar que las drogas legales se regulan mientras que las ilícitas se penalizan. Tal argumento permite aludir que las instituciones que se ligan con este sector, se inclinan más al modelo ético-jurídico.

La concepción salubrista ha calado mayormente en el pensamiento de las personas, esto podría encontrar su explicación en que a raíz de que las diversas leyes, que se promulgan basadas en la asociación de la o el farmacodependiente con la delincuencia, no generan los resultados esperados y por el contrario, se incrementa el “problema” de las drogas; se va a ejercer una serie de presiones orientadas a la búsqueda de un calificativo para el creciente número de consumidores(as), el cual no responsabilizara a la sociedad por lo que sucedía, esto origina la concepción de enfermedad. Es así como

Con la década de los 60 explota el llamado “problema” de las drogas en los países desarrollados y concretamente en los Estados Unidos [...] el

consumo no se limita ya a poblaciones marginales o a grupos minoritarios, sino que llega a los jóvenes de clase media. Al generalizarse el problema surgen una serie de presiones que llevarán a la revisión de la legislación en materia de drogas. Por una parte, el fracaso de calificar al adicto como delincuente debido al incremento del problema, y por la otra, el hecho de que estos jóvenes no podían ser calificados como delincuentes, ejercieron notable influencia en el cambio que se avecinaba (Del Olmo, 1985, p.57).

Por lo que los elementos relacionados con las concepciones sobre farmacodependencia se asumen dependiendo de la naturaleza de las instituciones, por tanto, se enfoca al aspecto médico si se apega al sistema de salud pública o bien punitivo si se ubica como parte del sector justicia. Esto incide en que el abordaje se quede “corto” y no se trascienda o aborden todos los aspectos de la vida de cada adolescente.

Se podría argumentar que el enfoque de derechos se coloca únicamente desde el plano formal pero en lo programático se tiende a violentarlos en gran medida (aspecto que se ahondará en el apartado referente a la Ejecución de la Política); vislumbrándose poca claridad desde el diseño de la política y repercutiendo en que se reduzca el cumplimiento a sólo algunos de ellos.

Desde las instituciones involucradas, la adolescencia suele comprenderse como una etapa determinada por un rango de edad, dejando de lado aspectos esenciales como que cada joven se desarrolla a un ritmo propio, dependiendo de sus singularidades y condiciones materiales de vida.

Las ONG's se edifican como una opción de tratamiento que se ofrece a esta población, no obstante, direccionan sus acciones basándose en una fuerte ideología moralista e individualista sobre el consumo y la dependencia.

Tanto las ONG's como las instituciones estatales deben orientar sus labores en virtud de las diversas legislaciones que se promulgan en el ámbito internacional, y que son ratificadas y/o acogidas por Costa Rica. A razón de la finalidad de cada actor, su marco normativo acentúa diversos aspectos, tal es el caso del MINSA, que enfatiza en lo concerniente a la salud de las personas o el MEP, centrado en lo referente a la educación. Por lo que resulta pertinente incursionar en el marco legal y normativo, que sustenta las labores emprendidas en relación con la atención de la población adolescente farmacodependiente; éste permitirá poseer un amparo legal al cual se pueda apelar en casos en que se violenten los derechos de esta población.

5.2.2 Marco Legal y Normativo: amparo y sustento de las acciones implementadas para el abordaje de la temática

El marco legal (leyes, decretos) y normativo (protocolos, normativas institucionales) permite tener mayor comprensión sobre el papel que desempeñan los diferentes actores desde su incidencia en las políticas en relación con la farmacodependencia en adolescentes, lo que podría constituirse en una respuesta a la garantía de sus derechos, ya que a pesar de que se encuentren establecidas las acciones que debería llevar a cabo el Estado, éstas no se cumplen a cabalidad.

La legislación ha sufrido cambios sustanciales en razón de los condicionantes histórico-contextuales a nivel mundial, influenciados por las políticas de diversos organismos internacionales liderados por los países con mayor poder económico y político. En este sentido, no se puede desvincular el análisis de la política pública de las transformaciones del sistema económico, político y social, y como éstas se concretan en los diferentes Estados, de los cuales Costa Rica no es la excepción.

La política pública que impulsa el Estado costarricense en esta materia, se encuentra enmarcada en una serie de determinaciones legales a nivel internacional y nacional, dentro de las cuales sobresalen convenciones y convenios (ratificados en el país a través de leyes); asumidas según la naturaleza de cada institución y organización, y que establecen las acciones que deberían ejecutar para dar respuesta a las necesidades de la población afectada por el consumo y la dependencia de drogas.

En lo que se refiere a la regulación, debe tomarse en cuenta la categorización general existente respecto al ordenamiento jurídico, donde se dispone la jerarquía de los diversos instrumentos normativos que sustentan y amparan el quehacer de las instituciones y/u organizaciones involucradas en el tema. Éste se compone de la siguiente manera:

Figura No. 2: Ordenamiento Jurídico en Costa Rica, 2013

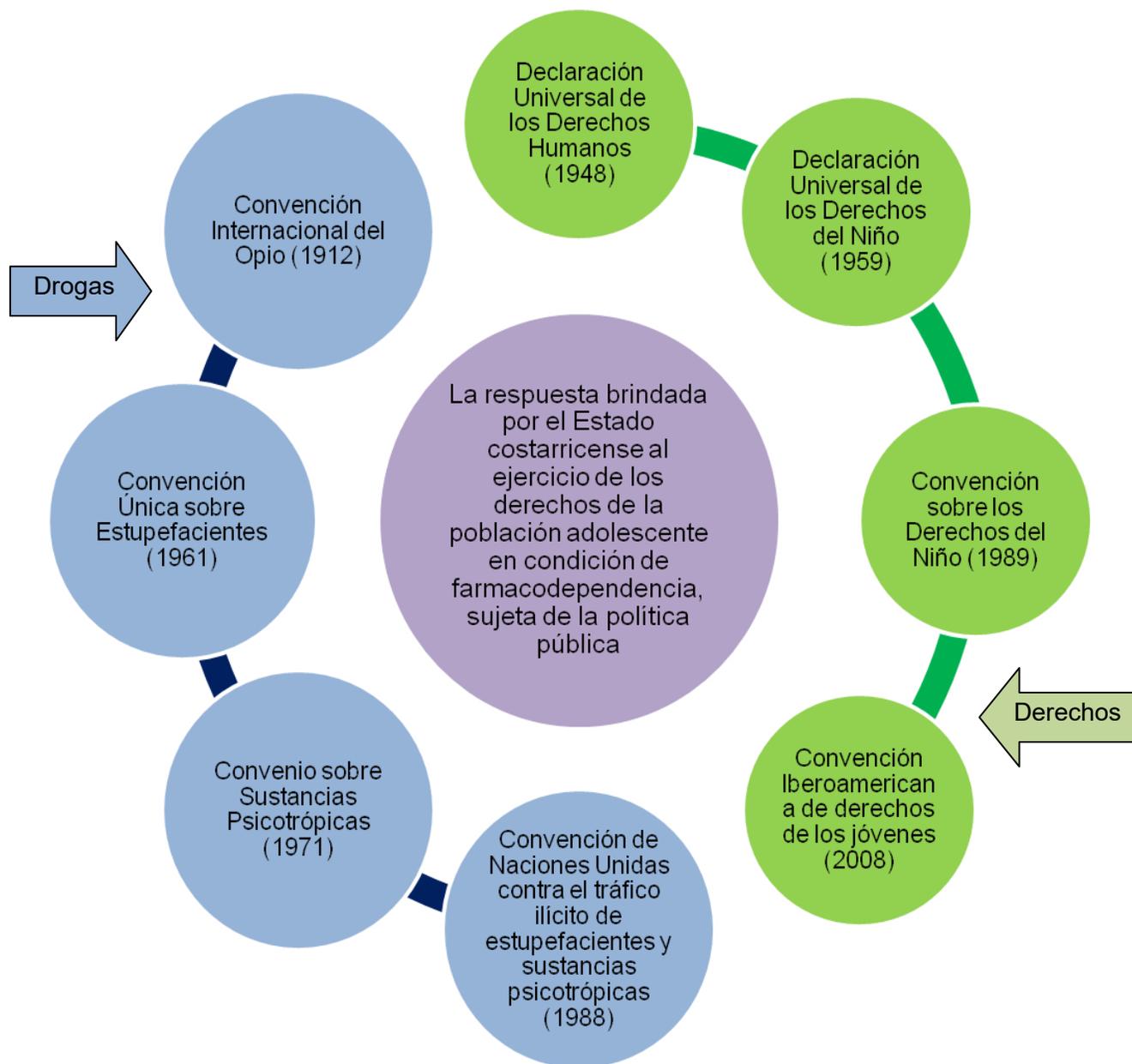


Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).

Para efectos de la investigación, se procedió a realizar el análisis a partir de la clasificación entre la normativa internacional y la nacional, de manera que, en un primer momento, se vislumbre el panorama general de la legislación internacional -en materia de derechos como en regulación de drogas-, y posteriormente, el caso concreto de la normativa en Costa Rica.

Por tanto, a nivel internacional se destacan ocho instrumentos jurídicos, cuatro relacionados con materia de drogas, así como cuatro que amparan el abordaje de los derechos de los(as) adolescentes. Dicha normativa se ilustra en la siguiente figura:

Figura No. 3: Instrumentos jurídicos internacionales que sustentan el accionar en relación con las drogas y los derechos de los(as) adolescentes



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).

5.2.2.1 Regulaciones internacionales en materia de drogas

A nivel internacional, se identificaron cuatro instrumentos jurídicos que han dado sustento a las diferentes políticas públicas sobre drogas; instrumentos que constituyen las principales bases para el soporte normativo, estableciendo los deberes de los Estados partes, a saber:

- ✓ Convención Internacional del Opio (1912).
- ✓ Convención Única sobre Estupefacientes (1961).
- ✓ Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971).
- ✓ Convención de Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (1988).

Cabe destacar en el plano Americano, el papel de organismos internacionales relacionados con la materia como la OEA y la CICAD (ente encargado del control de las drogas, perteneciente a la OEA).

Según el CONADRO (1995), el CICAD/OEA surge a raíz del “Programa Interamericano de Acción de Río de Janeiro contra el Consumo, la Producción y el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas”; el cual se aprueba en Río de Janeiro en 1986. La misión de dicho programa se traduce en “(...) fortalecer las capacidades humanas e institucionales de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y uso de drogas ilícitas, y encarar las consecuencias sanitarias, sociales y penales de la problemática de las drogas” (CICAD, 2012, sitio web).

Las normativas internacionales imponen medidas para que se maneje en cada país lo relativo a la producción y el consumo de drogas. La producción debe ser controlada para que sus usos sean exclusivamente médicos o con fines

científicos. Es claro el enfoque prohibicionista y represor que es reafirmado por la OEA.

Influencia que repercute en las estrategias implementadas por Costa Rica, la cual se refleja en la elaboración de la “Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica” (2012), en la que se establece que a nivel internacional, los diferentes Estados miembros de la OEA han recibido directrices en relación con las acciones a ejecutar para reducir la demanda, estableciendo las políticas que deben implementar los Estados para un abordaje del fenómeno de drogas efectivo e integral. Dentro de esos lineamientos -adoptados en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas, realizada en Perú 2010- se encuentran:

- Garantizar un enfoque integral y equilibrado del problema mundial de las drogas, habida cuenta de que el abuso de éstas constituye un problema social y de salud que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario.
- Las políticas de reducción de la demanda deberán incluir como elementos esenciales la prevención universal, selectiva e indicada; la intervención temprana; el tratamiento; la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo relacionados. Todo ello con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas.
- Como forma de contribuir a fundamentar la formulación de políticas públicas y expandir el conocimiento sobre el tema, se debe fortalecer la relación de los gobiernos con instituciones de enseñanza e investigación y organizaciones no gubernamentales especializadas, para fomentar la realización de estudios e investigaciones científicas que generen evidencias sobre los distintos aspectos de la demanda de drogas.

- Se facilitará el acceso a un sistema de tratamiento que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basados en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente. Los modelos de tratamiento deben considerar las necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad (pp.30-31).

A raíz de tales planteamientos, se puede argumentar que existe un desfase entre lo estipulado como parte de esa Estrategia y las concreciones que se efectúan en la práctica, esto al contemplar que se plantea el establecimiento de un sistema de tratamiento, el cual solamente queda en el plano de una premisa a razón de que en la realidad costarricense no se cuenta con un sistema conformado de atención, en el que se desarrollen acciones basadas en ese enfoque integral. En este sentido, se observa que las instituciones gestan acciones aisladas (cada una atiende ciertos aspectos dependiendo de sus competencias), de ese modo, se dificulta la interrelación e integración de las labores emprendidas, imposibilitando una respuesta eficaz y sistemática.

5.2.2.2 Regulaciones internacionales en derechos de adolescencia

Existen cuatro instrumentos internacionales relacionados con los derechos de las PME, para interés de la investigación se particularizó en los aspectos asociados con el consumo de drogas, el cual se aborda como parte de lo concerniente a salud y bienestar, en virtud de que tanto el consumo como la farmacodependencia se conciben como un “problema” de salud pública; estos instrumentos determinan el papel que deberían llevar a cabo los Estados.

- ✓ Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

- ✓ Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959).
- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- ✓ Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes (2008).

Dichos instrumentos evidencian que los(as) adolescentes son considerados (desde el punto de vista de grupo etéreo) dentro de la normativa como parte de los(as) niños(as) o personas jóvenes. No obstante, se denota la ausencia de una legislación que aborde concretamente a la población adolescente en condición de farmacodependencia, y la mayoría de acciones en materia de drogas se direccionan hacia la prevención del consumo.

En estos instrumentos, la temática se aborda principalmente desde el derecho a la salud, influenciando los programas de atención y tratamiento de los diferentes organismos y organizaciones internacionales; situación que conduce a basarse en el enfoque médico-sanitario, reduciendo la farmacodependencia a una enfermedad.

5.2.2.3 La regulación nacional y los derechos de la población adolescente: abordaje de las drogas desde el derecho a la salud y a la educación

El marco legal y normativo nacional que tutela los derechos de la población adolescente ampara a las diferentes instituciones estatales que participan en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas, tanto desde el ámbito de la prevención como en la atención.

En cuanto a la legislación costarricense en relación con las drogas, es a partir de la década de los setenta que se comienzan a aprobar leyes para ratificar las diferentes convenciones emanadas en el plano internacional. En 1970, por

medio de la Ley No. 4544, se ratifica la Convención Única de 1961, y por la Ley No. 4990 en 1972, entra en vigencia el Convenio de Sustancias Psicotrópicas.

Al ser de interés para la investigación, los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, las instancias u organizaciones -según su naturaleza- se van a regir a partir de legislaciones que llegan a coincidir, ya sea entre instancias de atención públicas (Centro de Menores del IAFA, PNH del HNP), entre entes rectores (MS, PANI, IAFA, MEP, MJP), o entre las ONG´s (RENACER, Comunidad Encuentro y Hogares CREA), como se detallará más adelante.

Según plantea el Poder Ejecutivo (2012), de manera específica el país dispone de la siguiente normativa, relacionada con el tema del tratamiento, rehabilitación de drogas y la reinserción social. Entre ellas se destacan:

- ✓ Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).
- ✓ Ley No. 5395 General de Salud (1973).
- ✓ Ley No. 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, (1973) y Ley No. 8289 Reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (2002).
- ✓ Ley No. 7576 de Justicia Penal Juvenil (1996).
- ✓ Ley No. 7739 Código de la Niñez y Adolescencia (1998).
- ✓ Ley No. 7972, Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución (2001) y Ley No. 9028 General del Control de Tabaco (2012).
- ✓ Ley No. 8261 General de la Persona Joven (2002).

- ✓ Ley No. 8204 Reforma integral a la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo (2001).

Se destacan los principales mandatos referidos a la farmacodependencia y adolescencia de cada una de ellas, los cuales se sintetizan en el Anexo No. 8.

Las leyes reseñadas permiten obtener un panorama general de los deberes del Estado para dar respuesta a la atención de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia; no obstante, su establecimiento no siempre es garantía de un real cumplimiento (lo cual se podrá evidenciar en apartados posteriores correspondientes al análisis de los programas).

Se puede constatar que cada una de las leyes se determina según su ámbito de gestión o sector de incidencia, diferenciándose así aquellas que estipulan acciones orientadas a garantizar el derecho a la salud, otras a establecer respuestas desde el ámbito de la prevención -especialmente desde la educación-, o bien, aquellas direccionadas a sancionar la vinculación con las drogas.

En el caso de las normativas que se instauran desde el sector salud -como la Ley General de la Salud y la Ley Orgánica del MINSA-, se contempla que el acceso a la salud es un derecho de todas las personas, y para quienes consumen o son dependientes a alguna sustancia, el Estado está en la obligación de garantizar su atención y tratamiento por medio del IAFA, lo cual responde al modelo médico-sanitario.

En cuanto al tema de prevención, se destaca la Ley General de la Persona Joven, en donde se señala que el Estado deberá garantizar programas educativos que aborden diferentes temas, entre ellos la farmacodependencia. Así mismo, al

ser población sujeta del Código de la Niñez y Adolescencia, se establece como obligación estatal la atención gratuita y sin discriminación alguna de esta población, para lo cual deberá crear centros especializados.

Ante este punto, resulta pertinente señalar que, tal como se dicta en el Código de Niñez y Adolescencia, el Estado no puede alegar falta de recursos ni limitaciones presupuestarias para asumir las obligaciones que le competen, sin embargo, ésta es una de las principales razones a las que se alude al negar la prestación de servicios. Por lo que con la asignación de cargas tributarias a diferentes productos se busca financiar programas de atención y tratamiento de la CCSS y el IAFA, lo cual se establece en la Ley de Cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos, y la Ley General del Control de Tabaco.

Desde el ámbito penal, la Ley de Justicia Penal Juvenil establece una serie de medidas alternativas para la sanción de las acciones delictivas vinculadas al consumo y dependencia de drogas, entre las que se incluyen el internamiento en centros especializados de desintoxicación o “rehabilitación”. Al establecer el internamiento como sanción y/o “castigo”, se resalta el carácter punitivo de esas medidas.

Consecuente con un corte más represivo, se destaca la Ley de Estupefacientes, en la cual se establecen acciones para combatir el narcotráfico y demás actividades relacionadas, lo que evidencia un abordaje más complejo del fenómeno droga en general, ya que no se centra sólo en el consumo y/o dependencia.

Aunado a este bagaje legal, es importante señalar que, según se estipula en el Decreto “Normas Mínimas para el Funcionamiento de los Servicios de Atención a las Personas Menores de Edad (PME), con Problemas Derivados del

Consumo de Sustancias Psicoactivas”, de la Presidencia de la República (2012), se plantea como norma sobre derechos de la PME que:

- F.1 Todo programa y las acciones que de él se deriven deben estar enmarcadas en un enfoque de derechos de la niñez y adolescencia. Regirán a este fin la Declaración Universal de los Derechos Humanos y todo tratado o convenio que, en esta materia, haya sido reconocido por el país.
- F.2 Todo programa debe garantizar el cumplimiento de los derechos de las PME descritos en los artículos 2 y 3 de la Ley No. 8239, denominada Ley de Derechos de los Usuarios de los Servicios Salud, y de cualquier otra que la sustituya o modifique. [...]
- F.10 El programa debe contar con un reglamento interno aprobado por IAFA y PANI, que regule las relaciones entre las PME, el personal responsable del programa, los familiares y allegados, que satisfaga los derechos consagrados en la legislación vigente relativa a la población menor de edad (p.15).

En cuanto a las normas y protocolos para la atención de los(as) adolescentes en farmacodependencia, la Contraloría General de la República en un Informe presentado en el año 2010, señala que -a la fecha del estudio- existía una ausencia de normas y protocolos para la atención de dicha población:

(...) el IAFA no ha establecido normas y protocolos de atención para el servicio de tratamiento y rehabilitación de menores de edad con adicción a las drogas, debidamente aprobados y oficializados por las autoridades competentes, que permitan a esta institución regular y supervisar los servicios de tratamiento que brindan las organizaciones públicas y privadas

en beneficio de las personas menores de edad que presentan conductas adictivas al consumo de alcohol y otras drogas (Contraloría General de la República, 2010, p.11).

Dicho Informe estipula que el funcionamiento de los centros de atención se ha regulado por medio de dos instrumentos, concibiendo normas mínimas de funcionamiento y atención de orden general, razón por la cual no se enfocaban a la especial regulación de los servicios que prestan los establecimientos que brindan atención a esta población. Tales instrumentos refieren a: “Instructivo sobre criterios básicos para el funcionamiento técnico de programas dirigidos a tratamiento y rehabilitación de la población alcohólica y/o farmacodependiente del país” y “Síndrome de intoxicación y abstinencia de drogas psicoactivas: recomendaciones para su manejo Costa Rica 2000”. Por consiguiente, se señala que “(...) resulta indispensable la emisión y oficialización de normativa específica y especializada que permita regular y garantizar que el servicio que se brinde a las personas menores de edad sea garante de los principios y derechos que les asisten” (Ibídem, p.12).

En virtud de que la definición de condiciones y requisitos que deben cumplir los centros, permite no sólo

(...) unificar los criterios con el fin de promover la igualdad, accesibilidad y seguridad necesarios para el beneficio de la población meta, sino también, maximizar los recursos públicos que se inviertan en la atención de esta población y regular la labor de supervisión y evaluación de los programas (Ibídem p.12).

A partir de tales consideraciones y señalamientos por parte de la Contraloría, en setiembre del 2012, por medio de un decreto ejecutivo, se publica

el instrumento denominado “Normas Mínimas para el Funcionamiento de los Servicios de Atención a las Personas Menores de Edad (PME), con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, en el cual se esbozan los parámetros, requisitos y condiciones que deben tener los servicios, en supervisión conjunta entre el IAFA-PANI-MINSA, en puntos referidos a:

- Acceso, admisión, disponibilidad.
- Evaluación.
- Contenido, prestación y organización de la atención.
- Egreso, seguimiento y referencia.
- Sobre derechos de las PME.
- Recursos humanos y financieros.
- Manejo de medicamentos.

En dicho instrumento se establece el procedimiento para solicitar la aprobación de un programa y las guías/matrices para la elaboración de propuestas metodológicas, planificación y evaluación de éstos.

A raíz de su naturaleza, el IAFA y el PANI establecen una serie de lineamientos y/o requisitos que deben cumplir las ONG´s para poder implementar programas de atención, el IAFA se enfoca a plantear las directrices en relación con la farmacodependencia y el PANI las guías asociadas con proyectos para la PME.

Según el IAFA (s.f.), el plan de trabajo para la aprobación de los programas de farmacodependencia de las organizaciones debe contener: la identificación (nombre de la organización y del programa), la justificación (antecedentes, pre-diagnóstico, cobertura geográfica de atención, población), la misión de la

organización; los objetivos, metas y actividades del programa; la metodología, los recursos, entre otros. Por su parte, el PANI (2011) plantea que el plan de trabajo de los programas de atención a la PME debe contener cuatro formularios, a saber: datos generales del programa, análisis de la situación de la población, matriz de planteamiento (objetivos, metas, indicadores, actividades, costos estimados, cronograma) y monitoreo.

Pese a que se da el establecimiento de estas guías, la supervisión de las organizaciones se rezaga y/o reduce a la verificación de ciertos datos y no a una preocupación real por las condiciones en las que se desenvuelven los(as) adolescentes en estos lugares; aspecto que resulta alarmante si se considera que tanto el IAFA como el PANI constituyen entes rectores en la temática.

En síntesis, se presenta un amplio marco legal en el que se acogen los derechos de los(as) adolescentes, para cuya realización las instituciones del Estado están obligadas a “intervenir” de acuerdo con sus competencias. No obstante, aún existe una brecha entre lo normado y la realidad, tal y como se manifiesta en el análisis de los programas y los proyectos que desarrollan las instituciones antes señaladas.

5.3 Ejecución de la política: Marco programático para la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia

El apartado contiene las principales concreciones generadas a raíz del análisis y la reflexión sobre los programas y/o proyectos que se impulsan desde las instituciones u organizaciones esbozadas anteriormente. Cabe acotar que la estructura programática busca dar respuesta a los compromisos asumidos en la legislación nacional e internacional así como las imposiciones institucionales colocadas desde el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional sobre Drogas.

Se efectúa una comparación de las similitudes y las diferencias entre los programas y/o proyectos, enfatizando en sus objetivos, población, mecanismos o criterios de selección, modelo de atención, temáticas abordadas, metodología y equipo de trabajo, presupuesto, entre otras.

Para la investigación resultó trascendental conocer los servicios que se brindan desde las diversas instituciones que se encargan de abordar la temática en Costa Rica; específicamente, en el área de atención del consumo y la farmacodependencia, se visualizan los programas y proyectos ejecutados por el IAFA (concretamente por el Centro de Menores), el DAI (dependencia del PANI, vinculada con la atención inmediata/emergencia/referencia), el HNP (actor que operacionaliza las estrategias y las directrices que dicta la CCSS, específicamente con el PNH) y las tres ONG's -únicas que a nivel nacional manejan programas orientados a esta población- (Asociación Comunidad de Encuentro, Hogares CREA y RENACER).

Como se mencionó en la fase de formulación, el ICD promueve y direcciona programas -principalmente- enfocados a la represión de las drogas, en detrimento

de las acciones que podría impulsar -como ente rector en políticas sobre drogas- al tratamiento de las personas consumidoras y dependientes. El principal esfuerzo en la reducción de la demanda, se centra en estrategias de corte preventivo, primordialmente a través del financiamiento y la coordinación con instituciones tales como MEP e IAFA.

En la memoria institucional del ICD (2006), se indica que el Instituto promueve proyectos en tres ámbitos de acción, a saber: Reducción de la Demanda, Control de la Oferta y Fortalecimiento Institucional. En el primer ámbito, se contemplan las acciones orientadas a la población “infanto-juvenil”, específicamente, en el área de prevención del consumo, prevención del delito y atención a “drogodependientes”. Concretamente, se señala entre sus acciones las siguientes,

- Evaluación y adaptación del programa Trazando el Camino para colegios.
- Coordinación para la capacitación de docentes de secundaria en detección e intervención temprana.
- Constitución de la Comisión Interinstitucional de Atención para la Persona Menor de Edad Consumidora de Drogas.
- Coordinación y apoyo para la capacitación a Comités de Evaluación del MEP, sobre el Código de la Niñez y Adolescencia y la Ley Penal Juvenil, para mejorar el abordaje de casos de consumo y tráfico de drogas en los centros educativos.
- Coordinación y elaboración del documento base para el proyecto Centro de Atención para la Persona Menor de Edad Consumidora de Drogas. Dicho documento se constituye en el insumo para que el IAFA inicie los trámites para la creación del Centro en mención.
- Constitución de la Coalición de Organizaciones Juveniles bajo la cual se organizaron diferentes eventos de movilización juvenil de carácter preventivo: campamentos, talleres y foros.

- Coordinación y apoyo en la capacitación de normas mínimas para la atención de la o el menor de edad en condición de vulnerabilidad y consumidor(a) de drogas. Se dirigió a los(as) funcionarios(as) del PANI y, de los Hospitales Chacón Paut y Psiquiátrico.
- Campañas preventivas, con el propósito de prevenir de manera universal, selectiva e indicada el consumo en la población infanto-juvenil.
- Acciones investigativas relacionadas con los patrones de consumo en la población infanto-juvenil.
- Proyectos de apoyo a las ONG's que trabajan con la temática, por medio de alimentos y materiales para el trabajo con la población adolescente.

Por lo cual se puede plantear que la función más importante del ICD es “integrar” todas las acciones desarrolladas desde otras instituciones tanto públicas como privadas (esto mediante la formulación del Plan Nacional sobre Drogas); brindándoles apoyo investigativo y financiero.

Pese a efectuar tales acciones en virtud de reducir la demanda de drogas, el control del tráfico³¹ constituye el principal objetivo de las estrategias que impulsa el Instituto. Dicha centralidad es compartida por el MJP, concretamente, en los centros penitenciarios. Ambas instituciones parten de la concepción sobre farmacodependencia como un asunto de seguridad ciudadana, ligado al enfoque ético-jurídico, por lo que sus estrategias se enfocan más al ámbito de la represión y el control de la oferta. En este sentido, el Ministerio (2012), coordina los planes y programas oficiales vinculados con la prevención de la delincuencia; formula, desarrolla y administra programas y proyectos para la prevención del delito, la

³¹ Se señala que “Con el fin de alcanzar los objetivos legales de la citada Ley sobre drogas, nuestro legislador le encomendó, al ICD, la tarea especial de dictar la política oficial en materia de prevención y represión contra el narcotráfico” Instituto Costarricense sobre Drogas. (s.f.). *Presupuesto ICD 2007*. Recuperado 20 de junio del 2013, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/pub_inst/pres_2007.pdf. p.1.

investigación de las conductas criminológicas y la determinación de las causas y factores de la delincuencia en Costa Rica; administra el sistema penitenciario y ejecuta las medidas privativas de la libertad individual.

Si bien, la investigación se orienta a los programas y proyectos direccionados a la población farmacodependiente, resulta fundamental mencionar aquellos esfuerzos que se realizan en materia de prevención del consumo. Fue posible visualizar que el ICD impulsa acciones poco sistemáticas (charlas, capacitaciones, campamentos) enfocadas a evitar que más adolescentes se involucren en el fenómeno de las drogas, no obstante, la centralidad de sus procesos de trabajo se concentra en la comercialización de las sustancias, por lo que sus esfuerzos en la temática particular han sido aislados y proyectados a corto plazo.

Según Sánchez (comunicación personal, 22 de octubre del 2012), en el Nivel de Niñez y Adolescencia del MJP, específicamente en los centros penitenciarios³² se trabajan temas relacionados con la prevención, impartidos por las ONG's, no obstante, se apunta que no existe un protocolo de trabajo y no se les limita su accionar, por lo que estas organizaciones asumen y controlan el proceso, aspecto que permite argumentar que para el MJP, éste no es un aspecto prioritario y que por ende, el aporte de las ONG's es valioso.

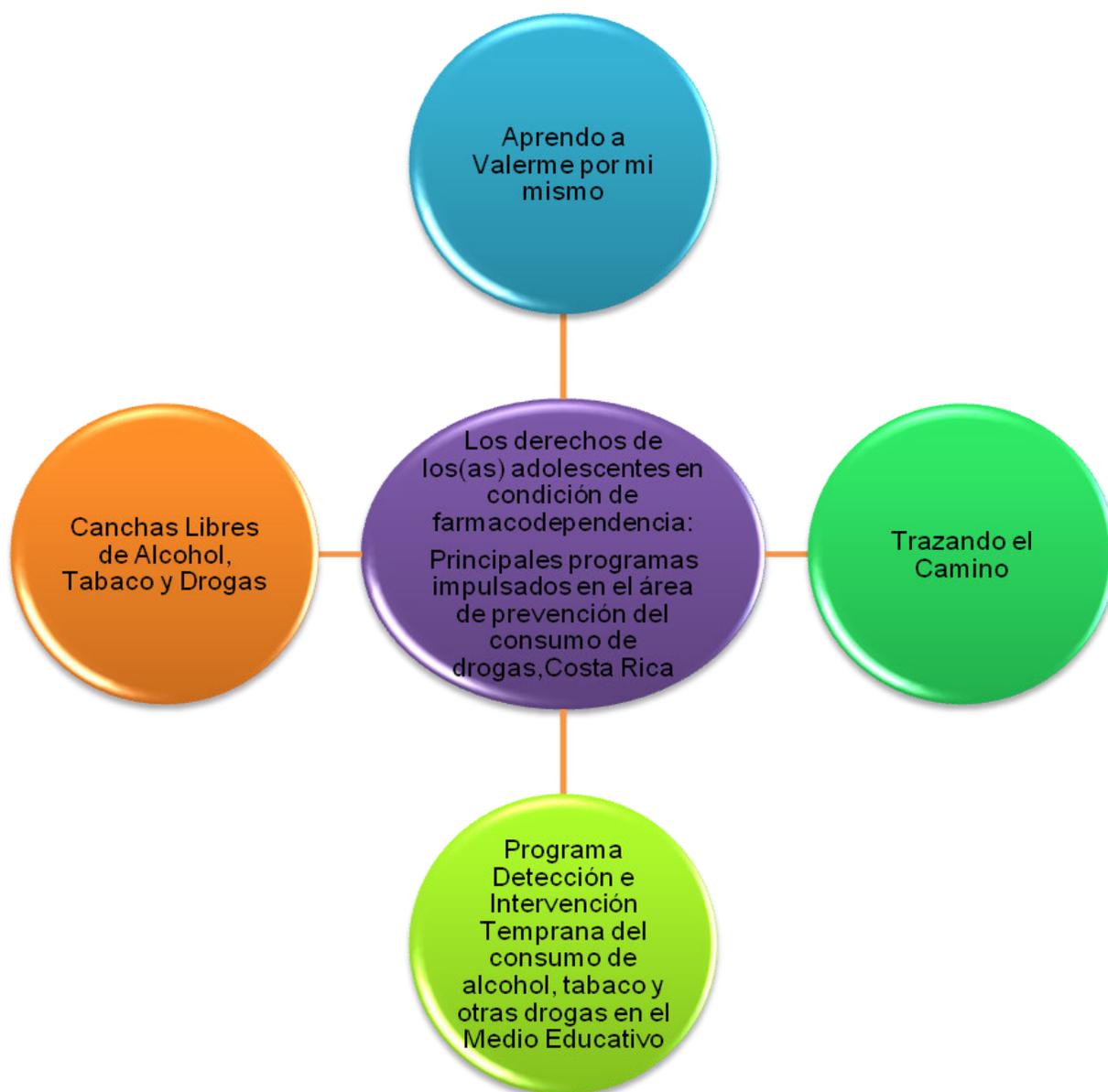
Otro de los actores que centra sus labores en el ámbito de la prevención mediante estrategias de corte educativo es el MEP, para lo cual efectúa coordinaciones con el IAFA y el ICD -este último contribuye principalmente en lo financiero-, trabajando con población escolarizada; cabe rescatar que la CCSS

³² Aunado a la dependencia de las drogas, la población adolescente se encuentra en conflicto con la Ley Penal Juvenil y por ende, a la mayoría le privan su libertad.

también ha desarrollado acciones preventivas direccionadas a centros educativos y/o a las clínicas, en especial, la de la Persona Joven.

A continuación, se esbozan las principales acciones en materia de prevención desarrolladas en el país, enfatizando en las labores del MEP y el IAFA, instituciones que han trabajado consolidadamente en este aspecto (ver figura No. 3).

Figura No. 4: Principales programas direccionados a la prevención del consumo de drogas, Costa Rica



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).

5.3.1 Breve recapitulación de los principales programas y proyectos impulsados en el área de prevención del consumo de drogas

Relacionado con el tema de las drogas, en 1986, el IAFA y el MEP firman un convenio que origina una comisión interinstitucional con “(...) la finalidad de coordinar los proyectos y actividades para asumir la **prevención del uso del alcohol y otras drogas en instituciones de educación formal**” (IAFA, citado en Abdallah y Berrocal, 2012, p. 197). Entre las principales funciones de la comisión se establecen:

- Determinar los criterios técnicos y científicos que deben tomarse en cuenta en la elaboración de programas, proyectos, materiales y recursos didácticos en la educación preventiva del uso indebido de drogas.
- Aprobar los proyectos, actividades y materiales didácticos de educación preventiva y dar las recomendaciones pertinentes cuando requieren ajustes que aseguren su calidad.
- Determinar los mecanismos de supervisión y evaluación de los programas y proyectos de educación preventiva.
- Promover la divulgación de informes de investigaciones y otros documentos cuya calidad contribuye a la educación preventiva (Ibídem, p.197).

Al constituirse en una institución destinada principalmente a las personas menores de edad ubicadas dentro del sistema educativo, se le otorga la tarea de promover acciones preventivas orientadas a población en edades tempranas, situación que se fundamenta en que la edad de comienzo del consumo ha reportado una disminución.

De acuerdo con Abdallah y Berrocal (2012), en el MEP se identifican tres momentos clave con respecto a su evolución en el abordaje de la temática, a saber: en el 2005 con la Comisión de Prevención de Drogas desde el Departamento de Orientación y Vida Estudiantil, en el 2007 cuando el tema se trata desde la Dirección Curricular y en el 2011 con el proyecto “El Cole en Nuestras Manos”. El MEP ha implementado un modelo integral de prevención denominado “El Círculo de Bienestar”, el cual surge mediante la Dirección General de Psicopedagogía y de la Comisión de Educación Preventiva del Uso Indebido de Drogas; dicho modelo comprende el aspectos físico, emocional, social, ético y vocacional. Éste ha prevalecido en la implementación de los programas preventivos en los centros educativos, buscando el fortalecimiento de la autoestima de las personas menores de edad.

A su vez, el MEP ha tenido participación en los programas: Trazando el Camino y Aprendo a Valerme por mí mismo (detallados más adelante). En la Memoria Institucional 2006-2010 (MEP, 2012a, sitio web), específicamente en el Capítulo II, el cual orienta las acciones para mejorar la pertinencia y la calidad de la educación, se contempla un apartado sobre la promoción de estilos de vida saludables, en el que se incluye el aspecto sobre “combate al uso de la droga”. Dentro de las principales acciones desarrolladas por el MEP, se mencionan:

- Firma del convenio IAFA-MEP de “Aprendo a Valerme por mí mismo” en el 2006.
- Asignación de profesionales de diversas áreas al Centro de Atención Integral para Menores del IAFA, facilitando el programa educativo de Aula Abierta.
- En el 2009, se lleva a cabo un programa de prevención del consumo de drogas denominado F-17 financiado por el ICD, el cual cubrió 324 escuelas

y 382 docentes y sus estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado. El proyecto DARE fue llevado a 114.957 estudiantes, mientras que el programa del IAFA, Aprendo a Valerme por mi mismo, cubrió un total de 305.000 en el mismo año.

- En Educación Técnica, se desarrolla un proyecto en el que se abordan temas y talleres sobre la identificación de acciones que involucran el lavado de dinero, ejecutado en coordinación con el ICD.
- Con esta última instancia, se efectúa un proyecto de prevención en instituciones educativas de alto riesgo de tráfico de drogas, con el objetivo de construir ambientes más seguros.

Conjuntamente con el MEP, el IAFA desarrolla funciones de coordinación y/o ejecución de programas de **Prevención**, labores que se efectúan en sus diez sedes regionales, distribuidas por todo el país. Seguidamente, se mencionan las acciones -que como ente rector- impulsa el IAFA en el área de prevención y promoción de la salud.

- **Programa Aprendo a Valerme por mí mismo**

Surge en el año 2003 como un proyecto piloto y para el 2006, se firma el convenio con el MEP para dar cobertura nacional al programa, convirtiéndose en estrategia de prevención dentro del Plan Nacional de Drogas (2008-2011). Se desarrolla con los grupos de preescolar y, cuarto, quinto y sexto grado, según el IAFA (2012c), el programa promueve la enseñanza y la práctica de las “Habilidades para la Vida”, esto como una estrategia para prevenir y rechazar el consumo de drogas (fortalecimiento de los factores protectores); adquiere grado de obligatoriedad dentro de los centros educativos, considerándose parte de las signaturas que reciben los(as) niños(as).

Se trabaja en aras de la prevención temprana, por lo cual se direcciona a niños(as) y se labora conjuntamente con los(as) educadores(as), quienes reciben una capacitación para poder impartirlo; alcanzando una cobertura de la tercera parte de la población estudiantil del país.

Siguiendo a Anchía y Jarquín (2011), su surgimiento responde a lineamientos internacionales, emanados desde la CICAD, para la prevención escolar en materia de farmacodependencia. Su finalidad radica en disminuir la edad de inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población menor de edad.

Simultáneamente con “Aprendo a Valerme por mí mismo” se implementan otros programas de naturaleza preventiva, sintetizados a continuación:

- **Programa Trazando el Camino**

Según el IAFA (2013), este programa no se está implementando actualmente (2013). Inició en el año 1999 como parte del Modelo Prevención Integral, y al igual que Aprendo a Valerme, se regía por el enfoque de “Habilidades para Vivir”, pretendiendo brindar a los(as) adolescentes herramientas que les permitan resistir al consumo de drogas. Situación similar a la que sucede con otros programas del IAFA, éste concretizó un esfuerzo conjunto con el MEP y CENADRO (actual ICD); se aplicaba con base en material didáctico a todos(as) los(as) estudiantes del III y IV ciclo de educación especial del país.

Al fundamentarse en ese enfoque, se perseguía el desarrollo de habilidades a nivel cognitivo, emocional y social, desde las cuales los(as) estudiantes se sintieran “seguros(as)” para rechazar las drogas, de esa manera, retardando la

edad de inicio de consumo y desestimulándolo en quienes lo practicaban. Impartido por los(as) docentes, quienes eran capacitados(as) y posteriormente, debían implementarlo en las aulas con sus estudiantes; característica común con Aprendo a Valerme.

De acuerdo con los resultados obtenidos, según la evaluación realizada por el IAFA, se vislumbraron mejoras en “las capacidades de los(as) estudiantes, mayor seguridad, autoconfianza, se estimula la criticidad y el proceso de toma de decisiones”, esto a partir de lo que expresaron los(as) educadores(as) que ejecutaron el programa (IAFA, 2012c, sitio web).

- **Programa Detección e Intervención Temprana del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el Medio Educativo (PDEIT)**

Este programa posee particularidades en relación con los anteriores, debido a que refiere a un servicio que ofrece el IAFA a los centros educativos, tanto escuelas como colegios (públicos y privados) de todo el país, sin embargo, el centro es quien lo solicita según sus requerimientos (firma de la carta de compromiso entre el IAFA y la Dirección del Centro Educativo).

Se propone, según el IAFA (2012c), favorecer el desarrollo sostenible de programas y proyectos de Prevención, Detección e Intervención Temprana en los centros educativos; contar con una política institucional tendiente a promover estilos de vida sanos; prevenir, resistir y desestimular el consumo de drogas en la población de niños(as) y adolescentes escolarizados(as).

Este programa presenta una variación (en comparación con los anteriores) en su implementación, pues los centros educativos deberán conformar equipos de

trabajo, integrados por docentes, administrativos(as), psicólogos(as), orientadores(as), trabajadores(as) sociales, entre otras. Manteniendo la lógica de capacitarse en el desarrollo de acciones de prevención, protección y detección de la población estudiantil que se encuentra en riesgo o en consumo.

- **Proyecto Canchas Libres de Alcohol, Tabaco y Drogas**

De acuerdo con el IAFA (2013), representa una iniciativa de promoción de estilos de vida saludables y sensibilización sobre la temática del consumo de drogas, particularizado en el ambiente futbolístico nacional. Se dirige al cuerpo técnico y jóvenes miembros de las ligas menores de los equipos de primera división y asociaciones deportivas.

Orientado bajo el modelo socio-educativo promocional, el proyecto se encamina a construir alianzas con las asociaciones deportivas, para la implementación conjunta de estrategias tendientes a la promoción de estilos de vida saludables que coadyuven a la prevención del consumo de drogas, entre los integrantes de los clubes y asociaciones deportivas (IAFA, 2013, sitio web).

Se parte de que para los niños(as) y jóvenes que practican este deporte, la opinión sobre diversos temas que posean sus dirigentes es relevante; por lo que el IAFA, los considera “aliados”, sensibilizándolos sobre la temática de las drogas y enfatizando en que la práctica de deportes representa una opción para desarrollar estilos de vida saludables -objetivo central de los programas de corte preventivo de la institución-.

La síntesis de los principales fundamentos y características de los programas de prevención ejecutados principalmente por el IAFA y el MEP permite argumentar que las acciones de corte preventivo se direccionan -en su mayoría- a las PME insertas en el sistema educativo formal. De ese modo, se excluye de estas medidas a la población adolescente expulsada de alguna modalidad educativa o bien -que por sus condiciones materiales de vida- se le privó del derecho a la educación, agudizando su condición de vulnerabilidad al ser pocos o nulos los esfuerzos en prevención que se gestan para estos casos.

Las sesiones impartidas en los centros educativos se caracterizan por su corta duración y por la ausencia de su ejecución transversal con otras materias, lo que se refleja en que “Al inquirirse [a los/as estudiantes] acerca de si los programas preventivos habían generado algún impacto en la forma de pensar, un 64% se manifestó negativamente” (Bejarano et al., 2011, 123). Los(as) docentes son los(as) encargados(as) de implementarlos, no obstante, resulta trascendental conocer la preparación, capacitación o interés que posea la o el profesor(a) para abordar la temática, o si su proceso responde a los lineamientos impuestos por el centro. En este sentido,

(...) había el firme convencimiento de que era necesario prevenir el consumo y de que la mejor forma de hacerlo era la de informar a los jóvenes sobre 'los peligros' de la droga. Esa es la razón de las charlas y del despliegue publicitario. Lo que habría que explorar es de dónde surgió la idea de que ésta era la mejor forma de prevenir (Del Olmo, 1985, p.100).

Otra deficiencia refiere a la imposición de programas “estándar” a nivel nacional, los cuales no necesariamente responden a las características y particularidades de cada provincia, región o población. Cada comunidad presenta condiciones específicas, por tanto, las acciones preventivas deben considerar

estas particularidades, reconociendo que el colegio o la escuela representa sólo una parte de la cotidianidad de un(a) niño(a) o adolescente, quienes se encuentran inmersos(as) en otras redes sociales (entorno familiar, grupo de pares externos de la institución educativa, entre otras).

Abdallah y Berrocal (2012) apuntan que a raíz del convenio establecido entre el MEP y el IAFA en el 2006, en Costa Rica se ha potenciado el desarrollo de Habilidades para Vivir, siendo este enfoque el que propició un cambio en las estrategias de prevención. Al apegarse a ese enfoque, se ignoran las condiciones materiales de vida que posea la o el adolescente para poder cubrir o adoptar un estilo de vida alternativo, por lo que se tiende a comprender la farmacodependencia de forma aislada (descontextualiza).

Pese a que se imparten estos programas, ante un caso de algún(a) adolescente que consume drogas, en las instituciones educativas se tiende a estigmatizar y castigar, por lo que cabría cuestionarse cuál es el papel del MEP para abordar estas situaciones, y si realmente existe la capacidad de dar contención y, apoyo a la o el estudiante y a su familia.

En una noticia publicada en el periódico La Nación (Miércoles 22 de noviembre del 2006), se da a conocer que en varios colegios privados exigen a sus alumnos(as) someterse a pruebas dopping para detectar el consumo de droga, en caso de dar positivo, se “aplica tratamiento” y si la o el joven reincide, puede ser expulsado(a) o bien se le niega la matrícula para el año siguiente.

Las brechas se acrecientan si se contrasta la respuesta brindada en colegios privados frente a los públicos, si bien la estigmatización y rechazo pueden darse en ambos, la contención y los recursos de las familias son por esencia diferentes; a quienes tienen acceso y medios materiales se les presenta la

posibilidad de enviar a la persona a centros especializados (factor que colaboraría a que no se expulse del centro educativo), mientras que aquellos(as) que poseen escasos recursos -en su mayoría- tienen como destino el desamparo y la desprotección, producto de que -a nivel nacional- los diferentes programas de tratamiento, aparte de ser pocos, cuentan con limitados recursos para la atención de una población que va en aumento, violentando así sus derechos.

A groso modo, se plantea que el MEP y el IAFA -principalmente- han emprendido acciones preventivas basadas en estrategias de intervención educativas direccionadas a población en edades tempranas (primaria-secundaria) y fundamentadas en el enfoque “Habilidades para Vivir”. Tales instituciones, al encontrarse inmersas en el contexto neoliberal, han sufrido modificaciones que limitan su accionar, traspasando responsabilidades a las ONG’s; las cuales se plantean como una alternativa para “intervenir” a una mayor cantidad de población, no obstante, las condiciones de atención a estas personas no reciben una debida supervisión y, no se contempla y/o investiga el cumplimiento de los derechos en esas instancias. De ese modo, “La prevención se hace necesaria mucho después cuando hay necesidad de 'rehabilitar' (Del Olmo, 1985, p.99).

Posterior a la recapitulación de los principales esfuerzos en el área preventiva, se procede a incorporar los programas y proyectos orientados a la atención de esta población, reflexionando sobre las acciones que impulsan el IAFA, la CCSS, el PANI (DAI), el MJP y analizando aquellos programas que figuran como las opciones más estructuradas y consolidadas de atención para población adolescente en condición de farmacodependencia, en este sentido, se esboza en un cuadro comparativo los servicios brindados por el Centro de Menores del IAFA, el PNH del HNP y, los modelos de tratamiento de la Asociación RENACER, Asociación Comunidad Encuentro y Hogar CREA Internacional;

concluyendo con el respectivo esfuerzo analítico-reflexivo sobre estas acciones y en general, de los servicios de atención en Costa Rica.

5.3.2 Programas y Proyectos direccionados a la atención de la población adolescente farmacodependiente

Un(a) adolescente puede acceder al tratamiento de su condición de dependencia a través de diversos mecanismos o servicios institucionales, dependiendo de las características particulares de la persona, ésta puede presentar medidas judiciales y/o de protección -en su mayoría extendidas por el PANI-, planteándose como una obligatoriedad su involucramiento y participación en un programa de atención (como se mencionó, mediante el Programa Sanciones Alternativas del MJP, la o el joven puede dictársele una medida alternativa a la privación de su libertad, siendo trasladado a un centro de tratamiento). O bien, se visualiza la posibilidad de que la persona voluntariamente o por medio de algún miembro de su familia (o persona encargada) se aproxime a alguna institución u organización.

Se podría argumentar que el primer nivel de atención a la o el adolescente farmacodependiente se efectúa en los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA, los cuales datan su surgimiento en el año 2009 y constituyen "(...) unidades de tratamiento que se ocupan de la atención directa con las personas consumidoras, sus redes de apoyo y desintoxicación ambulatoria" (IAFA y MINSA, 2012, p.65).

Otra de las opciones que se le presenta a la o el adolescente son los servicios que ofrece la CCSS (en sus tres niveles de atención), es así como

En los CAID del IAFA o en los servicios de la CCSS, se realiza el diagnóstico, la atención inmediata y el tratamiento, en régimen ambulatorio, de los pacientes que presenten consumo perjudicial o algún tipo de dependencia de drogas, así como el apoyo, asesoramiento y/o tratamiento específico, si precisase, de los familiares directamente afectados (IAFA, 2012b, p.31).

Una vez efectuado el diagnóstico preliminar y esa primera valoración, la persona podrá ser referida por los servicios del IAFA o de la CCSS, según sus particularidades, a un establecimiento para su desintoxicación ambulatoria o en el ámbito hospitalario (HNP), previo a una posible referencia a un tratamiento residencial, administrados -principalmente- por las ONG´s. De ese modo,

En Costa Rica, la oferta gubernamental de servicios de tratamiento para menores de edad está concentrada fundamentalmente en los servicios que ofrecen la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Tradicionalmente las organizaciones no gubernamentales han brindado una red de apoyo importante al Estado en la prestación de servicios públicos; sin embargo, en la atención de menores de edad con adicción a las drogas sólo existen tres organizaciones con programas autorizados por el IAFA para trabajar en el tratamiento y la rehabilitación de menores entre los 12 y los 18 años de edad (Contraloría General de la República, 2010, p.3).

Específicamente, el IAFA (2012c) maneja el Eje de Tratamiento, en el que se brindan los siguientes servicios: **desintoxicación** (se realiza una valoración ambulatoria -por parte de profesionales en medicina y psiquiatría- con la que se crea el plan de abordaje para la recuperación, en el que se determina si la persona es atendida a nivel interno (valoración psicológica o social, consulta externa), o

externo, como son los centros hospitalarios y las ONG's, para internamiento, seguimiento y recuperación); **consulta de seguimiento**; **consulta de orientación** (dirigida a las familias o parejas de personas consumidoras, o a quienes consumen, pero deben tener al menos 5 días de abstinencia); **grupos terapéuticos** (hombres en recuperación, mujeres en recuperación, mujeres codependientes y adolescentes en recuperación; enfocados en el desarrollo de habilidades para la vida); **talleres educativos para la familia** (se realizan cuatro veces al año, desarrollados en ocho sesiones, en las que se abarcan temas relacionados con la comunicación asertiva, autoestima, establecimiento de límites, enfermedad adictiva, drogas y sus efectos, codependencia, entre otros).

Como se planteó, junto con el IAFA, la CCSS³³ es una de las instituciones que provee servicios de atención a la población adolescente en condición de farmacodependencia. El servicio que brinda se condensa en el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) creado en 1989, el cual se orienta a los tres niveles de atención (primario³⁴, secundario³⁵ y terciario³⁶) y a los niveles técnicos administrativos de la Caja, abarcando todo el territorio nacional.

³³ Según Poder Ejecutivo (2012), la prestación de servicios de salud de la CCSS, está organizada en tres niveles de atención, que operan bajo un modelo de red, con el soporte de un sistema de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, este último conformado por tres redes: Noroeste, Sur y Este. Cada red a su vez está compuesta por establecimientos de Primer Nivel (Áreas de Salud tipo 1), Segundo Nivel (Áreas de Salud tipo 2 y 3, Hospitales Periféricos y Regionales) y el Tercer Nivel de Atención (Hospitales Nacionales Generales y Especializados); además, se identifican en las redes, establecimientos denominados Centros de Atención Integral en Salud (CAIS).

³⁴ Principal puerta de entrada al sistema de salud, está constituido por Equipos Básicos de Atención Integral en Salud y un equipo interdisciplinario de apoyo. Encargados de realizar detección temprana, registro, promoción y prevención en drogas. Además, deberán realizar el diagnóstico y tratamiento inicial del consumo de sustancias psicoactivas, como también efectuar referencias.

³⁵ Centros de salud compuestos por equipos interdisciplinarios que se responsabilizan de diseñar y desarrollar planes terapéuticos individualizados para consumidores(as) de sustancias psicoactivas, con condiciones de consumo perjudicial o dependencia.

³⁶ Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. Se incluyen servicios de tratamiento ambulatorio y de hospitalización de corta estancia. Las personas pueden

Según Díaz et al. (2006), el PAIA es una herramienta que operacionaliza las políticas institucionales de atención a la adolescencia; construyendo una Modalidad de Atención para los(as) Adolescentes en los tres niveles, que se enmarca en el Modelo de Atención Integral a las Personas que tiene la Caja (esta propuesta retoma los enfoques, las políticas y el marco legal del país en materia de adolescencia). No obstante, cabe destacar que estos servicios cuentan con grandes vacíos para el abordaje de esta población, en tanto,

La realidad es que en la actual estructura institucional, están claramente establecidos servicios para la población infantil menor de 12 años, con el Hospital Nacional de Niños como eje central y servicios de pediatría en todo el país, y luego los servicios tradicionales diseñados para atención de población adulta. De esta manera, en la C.C.S.S. tenemos un enorme vacío para el abordaje de la población adolescente, especialmente la comprendida entre los 12 y 19 años de edad, con servicios establecidos a partir de sus necesidades y particularidades según su estadio de desarrollo (Ibídem, 2006, p.2).

Pese a ese vacío, la CCSS maneja el Servicio de Atención Integral de la Adolescencia, el cual se compone, según los(as) autores(as) (2006), de un equipo interdisciplinario exclusivo para la atención integral a los(as) adolescentes en cada hospital; este servicio provee internamiento y consulta externa, con espacios físicos específicos y diferenciados. Tal es el caso, del Pabellón Nuevos Horizontes ubicado en el HNP.

acceder a este nivel de atención mediante referencias realizadas por el primero y segundo nivel de atención, en casos de intoxicación severa o complicaciones médico-psiquiátricas.

Entre las áreas prioritarias de atención a las personas adolescentes planteadas en el PAIA, se señala que todos(as) los(as) adolescentes (10 años-19 años 11 meses y 30 días) deberán hacer una consulta de salud anual de rutina. Aunado a ello, se les debe brindar asesoramiento para promover una mayor comprensión de su crecimiento físico, su desarrollo psicosocial y psicosexual. Estas áreas son: Promoción de la Salud, Crecimiento y Desarrollo, Salud sexual y reproductiva, Salud mental, Salud bucodental, Prevención de la morbilidad y tratamiento de la morbilidad; no se visualiza una específica que se oriente al abordaje del consumo de drogas. Esto debido a que la CCSS se encarga "(...) de la puesta en práctica de programas de intervención **mínima** (detección precoz, consejo breve, consumos perjudiciales) en colectivos de riesgo" (IAFA, 2012b, p.31).

De acuerdo con el IAFA (2012b), en el año 2011 se reportaron en los servicios de diversos establecimientos de la CCSS, 163 egresos hospitalarios por atención relacionada con el consumo de drogas de población menor de edad (118 fueron hombres y 45 mujeres). Considerando que el 90% de los egresos correspondieron a la Clínica Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico, de ahí la relevancia de incorporar el PNH como el principal esfuerzo que efectúa la CCSS en la materia.

Uno de los mecanismos para que los(as) adolescentes pueden acceder al PNH lo constituye el establecimiento de una medida de protección impuesta por el PANI, que como ente rector en materia de derechos de la niñez y la adolescencia se encarga -principalmente- de coordinar y supervisar los procesos de trabajo que efectúan las diversas instituciones con esta población. A su vez, realiza actividades enfocadas al alcance de logros específicos, éstas son: Actividades Centrales; Prevención y Promoción; Atención y Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

En el área de Atención, se busca garantizar y defender los derechos de la PME, mediante las medidas de protección de abrigo temporal y el tratamiento con la familia, por medio de: 1) atención psicosocial (atención integral, inmediata, procesos de calle, recepción de denuncias a través del 9.1.1.); 2) supervisión, control y evaluación de las alternativas de protección (Aldea Arthur Gough, albergues, hogares de acogimiento familiar y ONG's como las guarderías, comedores y alternativas transitorias); 3) adopción nacional e internacional como una alternativa en la que se cumple el derecho de los(as) niños(as) y adolescentes de tener una familia. Esto lo realizan la Oficina y el Consejo Nacional de Adopciones.

El PANI, para la ejecución de sus labores y dar cobertura nacional, cuenta con oficinas locales encargadas de brindar: el servicio de consultoría, de atención inmediata, el legal específico, entre otras.

Según el PANI (2010), uno de los departamentos que posee mayor cuota de responsabilidad en lo relacionado con la atención y protección especial de los derechos de la PME es el Departamento de Atención Integral (DAI). Éste constituye una instancia del Servicio de Atención Integral del Patronato que se encarga, en un primer momento, de la valoración de la o el adolescente en condición de farmacodependencia.

Es la instancia institucional especializada para brindar atención a los niños, niñas y adolescentes en riesgo inminente y mayor condición de vulnerabilidad, del Área Metropolitana, durante las 24 horas del día; incluyendo fines de semana y días feriados. Realiza una intervención inicial, con modelos de atención que se orientan a “reencuadrar, reorientar y recuperar” a personas menores de edad que han estado expuestas a situaciones traumáticas (p.24).

Una vez trasladadas al Departamento por medio de operativos institucionales, el acercamiento voluntario o por la fuerza pública, la intervención del DAI da inicio; proporcionando una atención en el marco de la inmediatez (se suplen las necesidades básicas de higiene, salud y alimentación, y posterior se lleva a un centro de salud- Carlos Durán, Solón Nuñez y Moreno Cañas- para que se le realice la prueba de dopping).

Se recalca que el DAI efectúa una intervención de emergencia, proceso que culmina con la incorporación de la PME a algún programa de rehabilitación y el traslado de su información a la oficina local correspondiente (según el lugar de residencia de la persona), encargada de continuar con el seguimiento. El proceso del DAI finaliza cuando se dicta la medida de protección (se reubica o se archiva el caso).

Según González (comunicación personal, 4 de setiembre del 2012), el DAI trabaja los 365 días del año y las 24 horas, atendiendo a PME en condición de vulnerabilidad, clasificada en dos tipos: “mayor vulnerabilidad” y “riesgo inminente”. La intervención en ambas se efectúa por medio de referencias a otras instituciones, según corresponda la atención, emisión de medidas de protección, reubicación de la PME en ONG’s o albergues del PANI o bien aquellas denuncias que son atendidas momentáneamente, pero que no requieren otra intervención y son archivadas.

Para valorar esa referencia, se realiza una entrevista por parte de la o el profesional en Trabajo Social, la cual permite contemplar si se incorpora a la o el adolescente a un proceso de desintoxicación y motivacional en el IAFA. El equipo legal dicta la medida de protección -requisito indispensable- para su incorporación al PNH, y posteriormente, a alguna de las tres ONG’s.

Como se visualiza, en las oficinas locales del PANI no se desarrollan programas vinculados con la temática, solamente se cuenta con el DAI, el cual ofrece únicamente un servicio de emergencia (en el plano de la inmediatez), refiriéndoles a otras organizaciones. Tales coordinaciones no permiten un abordaje integral, por el contrario, lo fragmentan; cada institución realiza su aporte de acuerdo con su naturaleza y modalidad de atención, provocando que el proceso se caracterice por acciones poco sistemáticas y desvinculadas, y por ende, no se concretizan los resultados esperados.

Aunado a esa labor del PANI, otro de los mecanismos de ingreso al PNH es mediante la imposición de una medida judicial, es decir, existen casos en los que la o el adolescente -que ha incurrido en algún delito y por ende, se encuentra en conflicto con la Ley Penal Juvenil- ingresa a una modalidad alternativa, dictándosele su internamiento en algún programa de tratamiento a su condición de farmacodependencia. Concretamente, en el MJP, los programas y proyectos que se vinculan con la atención de esta población -cabe aclarar que aunada a su dependencia, los(as) jóvenes adquieren la particularidad de que también son considerados(as) “delincuentes”, emprendiéndose medidas punitivas-, se impulsan desde la Dirección General de Adaptación Social (DGAS), principalmente, se alude al Programa Nacional de Atención a la Población Penal Juvenil (PNAPPJ).

Dicho programa representa la unidad especializada y encargada de la población penal juvenil indiciada (no se ha dado una sentencia judicial firme) y sentenciada, de ambos sexos de la DGAS; la cual es remitida por las autoridades judiciales del país, sea en condición sentencia o en internamiento provisional, que cometió un delito antes de los 18 años. Ésta depende administrativamente y en términos técnicos del Instituto Nacional de Criminología.

Siguiendo a Fernández (2011), el programa está conformado por su Dirección y por cuatro instancias especializadas, cada una con una función diferente: el Centro de Formación Juvenil Zurquí (CFJZ), el Centro Adulto Joven (CAJ), el Programa Sanciones Alternativas (PSSAA) y el Centro Oportunidades Juveniles (COJ).

Cada uno de estos centros desarrolla distintas acciones en función de incidir en las demandas y/o necesidades de la población penal juvenil, específicamente, el Programa Sanciones Alternativas se orienta en el abordaje de cuatro ejes de acción, a saber:

- **Atención a la Violencia Física**, se localizan los(as) jóvenes con “problemas” en el manejo de sus impulsos y un comportamiento violento consolidado, por lo que necesitan de una atención técnica especializada.
- **Atención a Jóvenes Consumidores de Sustancias Psicoactivas**, también denominado Eje de Atención en Drogas, es uno de los que cuenta con mayor sistematización de su proyecto de intervención y de articulación con otras instituciones. Su propósito es trabajar la “adicción” a las drogas en jóvenes referidos por los juzgados. Dentro de las características de la población atendida en este eje, cabe mencionar que son: “poli-consumidores” (consumen desde tabaco, alcohol, marihuana, hongos, crack, o combinación de ellas), algunos(as) tienen intentos fallidos de internamiento en un centro residencial, la mayoría poseen bajos recursos económicos y cuentan únicamente con primaria completa o secundaria incompleta.
- **Eje de Desarrollo Humano**, nace como respuesta a los(as) jóvenes que no presentan una “problemática” específica, por lo que no se pueden ubicar en ninguno de los otros ejes, o ya pasaron por éstos, pero necesitan reforzar

habilidades sociales o algún tipo de destreza, independientemente del delito que cometieron pero que deben ser atendidos(as) por su condición jurídica.

- **Eje de Atención a la Violencia Sexual**, centra su accionar en el cumplimiento de las sanciones, en la responsabilidad de orientar y supervisar la ejecución de las sanciones alternativas a la prisión. Sus acciones, según Góngora (2011), se dirigen a personas entre los doce y los menores de dieciocho años, de todo el país, que han sido sentenciadas. Particularmente, este eje se creó en 1996, producto del Programa de Sanciones Alternativas, el cual se denominó Programa de Atención a Ofensores Sexuales y como parte de su desarrollo pasa a ser el eje temático de la Atención a la Violencia Sexual. Este eje es señalado como uno de los más consolidados, además de que cuenta con una “Estrategia de Intervención Terapéutica con Ofensores Sexuales Juveniles”, la cual fue creada interdisciplinariamente y estandariza un proceso de atención para las personas jóvenes desde su ingreso hasta su salida. Según Calderón, Fonseca y Góngora (2007), el Eje promueve una atención técnica sistemática, con los(as) jóvenes que han cometido una ofensa sexual o doméstica, teniendo como fundamento la Teoría de Género, complementada con técnicas del modelo cognitivo conductual.

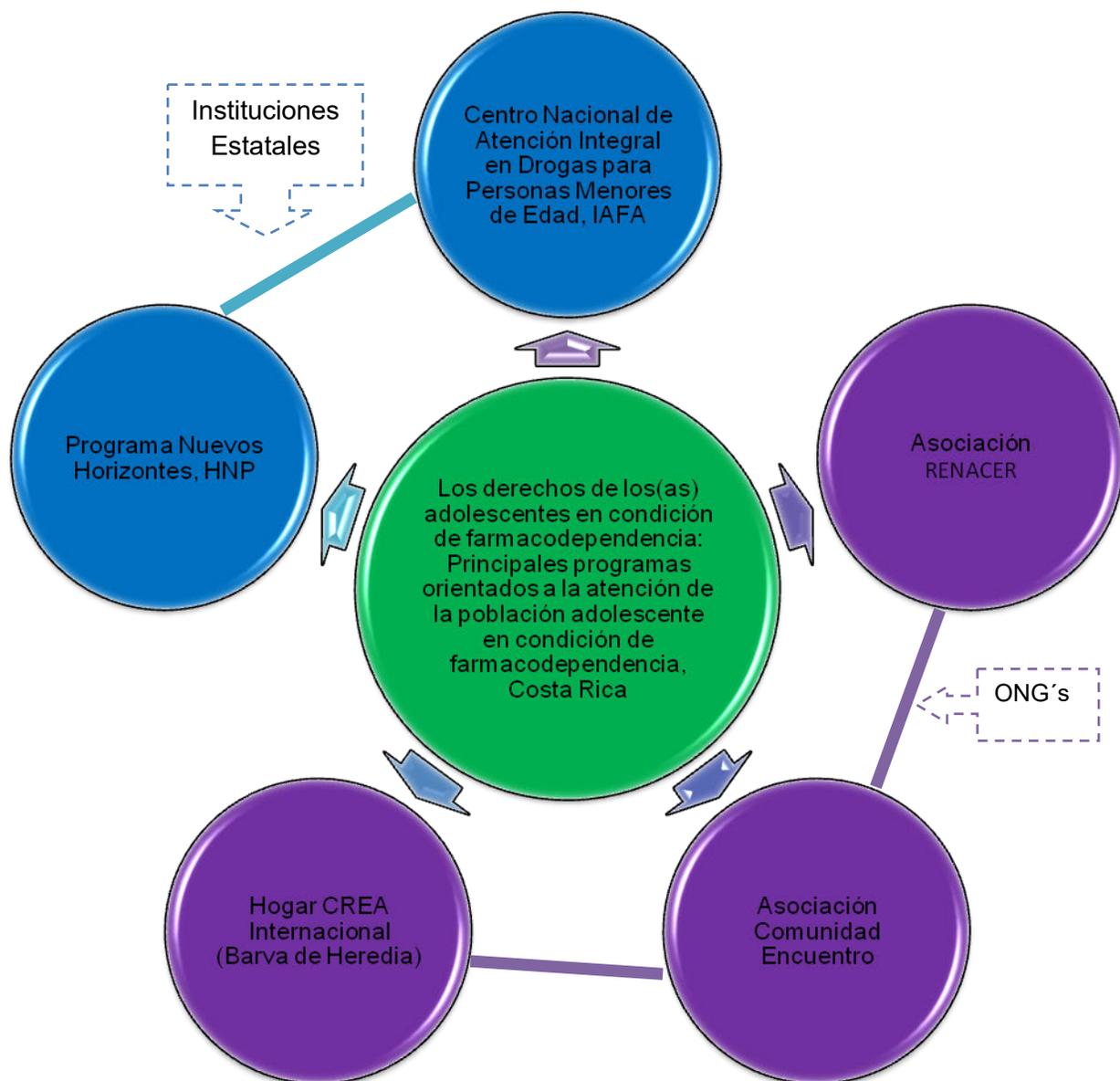
Así mismo, se señala que los centros penitenciarios fueron diseñados para población adulta y se trabaja bajo el modelo de comunidad terapéutica, de ese modo, los centros³⁷ no brindan las condiciones óptimas para el desarrollo de un(a) adolescente, más si se refiere a uno(a) involucrado(a) en el consumo de drogas; esto debido a que, siguiendo con Sánchez (comunicación personal, 22 de octubre

³⁷ Más que la ausencia de condiciones para el óptimo desarrollo de las personas menores de edad, también resulta pertinente acotar la agudización de las condiciones de vida de los(as) privados(as) de libertad del país, quienes se ven expuestos(as) al hacinamiento, a la mala infraestructura, a la estigmatización, en general, a la máxima violación de sus derechos, aspecto que excede a los objetivos de la investigación pero que abre un campo valioso para el conocimiento y posible incidencia en la exigibilidad de mejores condiciones para esta población.

del 2012), desde la promulgación del Plan de Desarrollo Institucional en 1963, el proceso de desintoxicación se ha manejado como una “posibilidad ilusoria”, ya que éste implica un elevado gasto y el foco de atención se orienta en el narcotráfico (que se desarrolla en los centros), no en el consumo, por lo que no se ha efectuado ningún proceso de ese tipo.

Los(as) adolescentes pueden ser referidos por los Juzgados a un programa de atención, entre los que se mencionan: el Centro de Menores del IAFA, el PNH en el HNP (proceso de desintoxicación residencial hospitalario) y las ONG’s (ver figura No. 5). Tal figura permite apreciar los principales programas orientados a la atención de la población adolescente farmacodependiente, aclarando que por constituirse los servicios de la CCSS y de los CAID en estrategias de estabilización y/o contención (brindar servicios inmediatos y direccionados a toda la población, sin particularizar en adolescentes), se decide incorporar únicamente aquellos esfuerzos dirigidos a la atención de la dependencia mediante el internamiento (destacando que el Centro del IAFA también cuenta con el servicio ambulatorio), aunado a ello, el proceso investigativo arrojó que estos programas se edifican como las acciones más concretas en la temática.

Figura No. 5: Principales programas orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, Costa Rica



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).

Cabe aclarar que la estructura programática a su vez responde al marco legal y normativo, tanto nacional como internacional, que rige el quehacer institucional. Así mismo, la política implementada por el Estado asume determinadas características dependiendo de la institución gubernamental ejecutora y de sus fines. El Plan Nacional de Desarrollo constituye el marco general que contiene las directrices que deben seguirse en la formulación de los programas, a la luz de los objetivos nacionales de desarrollo. Acompañado de éste, otro documento que le imprime direccionalidad a las acciones en atención de la farmacodependencia, es el Plan Nacional sobre Drogas.

Tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Plan Nacional sobre Drogas conceden centralidad al desarrollo de estrategias orientadas al “crimen organizado” destacando las medidas planificadas en materia de tráfico ilícito de drogas. Asociadas a las estrategias formuladas con población adolescente, se vislumbra el énfasis en el área preventiva, lo que explicaría que el IAFA ejecute tres programas en ese eje y que en el área de atención, únicamente cuente con el Centro para Menores. Este último surge en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (2006-2010), en el que se contempla en el eje “Contrato con la ciudadanía: Sector Social y de Lucha contra la Pobreza” que

Se ampliará la oferta institucional dirigida a población infantil y adolescente vulnerada en sus derechos, en situación de calle y adictos a sustancias psicotrópicas, para lo cual se creará y se pondrá en funcionamiento, a partir del 2008, el Centro Nacional de Atención en Adicciones para Personas Menores de Edad, mediante la acción coordinada del Instituto Costarricense sobre las Drogas (ICD), el IAFA, el PANI, el Ministerio de Salud, y otras instituciones. Se instalará la capacidad para atender a 1.150 niños, niñas y adolescentes en riesgo inminente, y para brindar atención

integral a 120 niños y niñas con problemas de adicción a drogas psicoactivas por año (MIDEPLAN, 2007, p.50).

La creación de dicho Centro constituye la principal estrategia en atención impulsada desde el Plan, aunado a ello, el Programa Nuevos Horizontes, de acuerdo con Ramírez (comunicación personal, 22 de junio del 2012), surge durante la administración de Oscar Arias Sánchez, no obstante, no se alude a éste en el Plan Nacional de Desarrollo de ese período.

Los procesos que se ejecutan en estas instancias se concretizan en el siguiente cuadro comparativo, el cual permite apreciar las similitudes y las diferencias que presentan las principales modalidades de atención que existen en el país para esta población.

Cuadro No. 2: Principales programas gubernamentales orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, Costa Rica, 2013

Ejes analíticos	Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad	HNP/Programa Nuevos Horizontes
Objetivo del programa	El programa ejecutado por el Centro “(...) busca implementar un plan de intervención integral para la persona menor de edad en vulnerabilidad social y con consumo de drogas, bajo la modalidad residencial y diurno intensivo, que le permita enfrentar su situación de consumo de drogas psicoactivas que favorezca el desarrollo personal” (IAFA, 2011b, p.148).	El objetivo general, según Ramírez (2012a) consiste en implementar una modalidad de atención para pacientes que presentan síntomas de dependencia y/o abstinencia y sus consecuencias en espacio terapéutico cerrado. Los principales fundamentos en que se sustenta el programa, son: aliviar síntomas de abstinencia y retiro de sustancias, reducir insidia ³⁸ , normalizar balance bioquímico y de funciones fisiológicas, normalizar paulatinamente en forma menos intensa funciones cognitivas, emocionales y sociales.
Población	Se admiten jóvenes de ambos sexos, para la modalidad ambulatoria a partir de los 10 años, mientras que en la residencial desde los 12 años, y en ambos casos hasta los 17 años y 9 meses. Deben presentar un consumo de drogas problemático y encontrarse en condiciones de alta vulnerabilidad.	Se direcciona a la atención de personas menores entre 12 y 18 años, con dependencia a sustancias psicoactivas y, que se encuentran en condiciones de riesgo y vulnerabilidad social. Por su naturaleza, se tiende a asociar la farmacodependencia con alguna complicación en su salud mental.
Mecanismos y/o requisitos de selección	Uno de los requisitos para ingresar lo constituye el no encontrarse en estado de intoxicación. En Valoración	Existen tres mecanismos para que un(a) adolescente sea ingresado(a) a este Pabellón, a saber: criterio

³⁸ INSIDIA: Palabras o acción que envuelven mala intención. Real Academia Española. (2013). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://lema.rae.es/drae/?val=insidia>

Ejes analíticos	Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad	HNP/Programa Nuevos Horizontes
	<p>Inicial, se completa un instrumento con preguntas a nivel sexual, familiar, entre otras; y se les realiza una prueba de orina para detectar el consumo de marihuana, cocaína o crack y ácidos.</p> <p>Según Granados (comunicación personal, 27 de setiembre del 2012), determinar la situación de uso o abuso refiere a un diagnóstico médico. Si la prueba física revela un resultado positivo por el consumo de algún tipo de droga, se traslada al HNP, una vez que el o la adolescente sea desintoxicada pasa al Centro.</p>	<p>médico (considerando que el proceso de desintoxicación no tiene por qué ser voluntario), medida³⁹ judicial y medida administrativa (efectuado por el PANI).</p> <p>Según Ramírez (2012b), durante el período comprendido entre 2006-2009 tenía mayor peso las medidas tanto judiciales como administrativas, pero para el 2009-2011 la mayoría de ingresos fueron por criterio médico, esto debido -principalmente- por el cambio en la jefatura del Programa. Apunta que para el 2012, se han registrado (a junio) aproximadamente 80 ingresos por abuso de autoridad de juzgado.</p>
<p>Modelo de atención</p>	<p>Siguiendo con el IAFA (2011b), se efectúa por medio de tres servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Valoración Inicial (orientación sobre el proceso a seguir y traslado a Registros Médicos para la toma de datos, solicitud del expediente o su confección, posteriormente, se remite al consultorio médico, en el cual se completa el instrumento de historia clínica con base en la entrevista individual y familiar o responsable legal, se realiza el examen físico y se aplican los instrumentos de tamizaje). • Programa Ambulatorio Intensivo, entre sus principales características se denotan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No estar en callejización y poseer recurso familiar 	<p>Figura como el único centro de desintoxicación a nivel nacional direccionado a población adolescente (residencial/hospitalario).</p> <p>La propuesta del Programa contempla, en una primera fase de desintoxicación, la hospitalización de las personas menores de edad por un período de hasta seis semanas. Posteriormente, se apela a la continuación del tratamiento en el centro especializado que se localiza en las instalaciones del IAFA. Finalmente, se prevé la ubicación del o la menor en una ONG, con el fin de concretar su proceso de “reinserción”.</p> <p>De acuerdo con Ramírez (2012a) el Programa Nuevos Horizontes se estructura por medio de cuatro fases, a</p>

³⁹ Medidas de internamiento hospitalario: “Corresponden a una orden de internamiento dictada por un juzgado. Implica la orden de internar al usuario, pero los criterios de egreso hospitalario son respetados y quedan a criterio médico, previa comunicación al juzgado o sólo por criterio médico, según lo establezca la sentencia inicial” Hernández, A. (2008). Análisis del impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad. Especialidad en Administración de Servicios de Salud. Programa de Gerencia Moderna y Gestión del Cambio en Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). San José.

Ejes analíticos	Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad	HNP/Programa Nuevos Horizontes
	<p>comprometido con el proceso de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tener preferiblemente al menos un(a) adulto(a) dentro de la familia que se responsabilice de acompañarlo a las citas. ✓ Prueba de tóxicos en orina negativo por marihuana (con no más de 24 horas de aplicación) y negativo en otras drogas, más el registro de pruebas de tóxicos anteriores en caso de existir. ✓ Para ingreso al programa es obligatorio firmar el acuerdo informado tanto por la persona como por el familiar responsable, luego de haberlo leído detenidamente en conjunto con algún miembro del equipo. • Programa Residencial con permanencia de 24 horas, a diferencia de la modalidad anterior, se plantea que la o el adolescente debe: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estar en callejización o sin recurso de apoyo, recurso de apoyo débil, contención nula o débil. ✓ No estar inscrito(a) en una alternativa educativa formal. ✓ Prueba de drogas en orina negativo con no más de 1 día de aplicación, más el registro de pruebas de drogas anteriores en caso de existir. ✓ Tanto las personas menores de edad referidas por el programa de Nuevos Horizontes como por el PANI, deberán de venir acompañados(as) por un funcionario(a) del servicio que pueda brindar información básica adicional de la o el adolescente. ✓ No debe tener sentencias judiciales en su contra. 	<p>saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preingreso, se realiza una valoración general de las características de la o el joven, se indaga en los motivos de ingreso y en las posibilidades de asistencia integral teniendo en cuenta: 1) valoración del caso, vinculada con: estado físico, consecuencias provocadas por el consumo, intensidad de sintomatología, presencia o no de patología psiquiátrica y situación social; 2) valoración del o la adolescente, considerando el grupo de chicos(as) que ya se encuentran ingresados(as) en el proceso. En esta etapa se efectúa una reunión de coordinación del equipo tratante, contacto con la familia, y la revisión y valoración del diagnóstico psicosocial previo y la situación clínica preexistente. • Desintoxicación, se procede con el abordaje inmediato de los síntomas de dependencia y/o abstinencia, así como de las situaciones clínicas de riesgo somático (deshidratación, desnutrición, entre otras). Las principales acciones que se llevan a cabo son el uso de fármacos, la contención estructural y metodológica, la función contenedora, la recuperación nutricional, el tratamiento de patologías somáticas agudas y el contacto con la familia. • Incorporación y adaptación, una vez que la PME se encuentra compensada, la recuperación continuará en un contexto en que se necesita su incorporación y adaptación paulatina a la Unidad. Se trabajan aspectos básicos como el aseo, la alimentación, la incorporación de reglas y normas, las relaciones con pares y equipo tratante. Entre las principales acciones se mencionan: el trabajo en funciones normativas básicas (aseo, alimentación, orden, reglas, autocuidado, relaciones

Ejes analíticos	Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad	HNP/Programa Nuevos Horizontes
		<p>interpersonales y recreación), ejercicio físico adecuado, actividades relacionadas a la prevención de INSIDA, y el contacto y las visitas familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación a continuar en el itinerario. <p>El equipo de trabajo se reúne semanalmente con personal del IAFA y del PANI (DAI).</p>
Duración del proceso	<p>Ambulatorio Intensivo: 3 meses más seguimiento de 6 meses (plan de seguimiento externo). Residencial: 3 meses más seguimiento de 6 meses; cuenta con dos equipos interdisciplinarios, uno para varones y el otro para mujeres.</p>	<p>La permanencia en la unidad de desintoxicación presenta una duración máxima de 20 a 30 días de internamiento, más 15 días para trabajar el comportamiento (si excede habría una ruptura de la gestión judicial).</p>
Metodología de trabajo	<p>Basada en el Plan de Intervención Integral, orientándose a la motivación para el cambio y la adopción de estilos de vida saludables. Elaboración del perfil psicosocial (se define el grado de deterioro, el cual puede ser: leve, moderado o severo). En la modalidad ambulatoria, la persona menor de edad asiste a citas individuales y también a actividades en grupo. Su familia participa en talleres, charlas y citas con los profesionales a cargo. En el programa residencial, los grupos son divididos por sexo y se trabaja en su motivación para el cambio, por medio de terapias, talleres y, actividades educativas, culturales y deportivas, para fortalecer sus habilidades sociales (las acciones se implementan mediante el establecimiento de una relación terapéutica).</p>	<p>Las acciones impulsadas se desarrollan bajo el modelo cognitivo-conductual y según Ovares (comunicación personal, 2 de octubre del 2012), a partir del segundo semestre del año 2012, se inicia con el abordaje basado en el modelo de la patología dual (se concede tratamiento tanto a la dependencia como a la enfermedad psiquiátrica). Siguiendo a Ramírez (2012a), a modo de trabajar habilidades personales (psicomotricidad, habilidades y destrezas manuales, funciones básicas, valores asociados con el trabajo) se sugieren talleres de terapia ocupacional.</p>

Ejes analíticos	Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad	HNP/Programa Nuevos Horizontes
Temáticas abordadas	<p>Se trabaja con las familias: codependencia, límites y reglas, comunicación adictiva, enfermedad adictiva, perfil de una persona en adicción.</p> <p>Con los(as) adolescentes se aborda: condiciones de vida, opciones educativas, proyecto de vida, prevención de recaídas.</p>	<p>En los talleres, se desarrollan temáticas vinculadas a: sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, límites, recaída, resentimiento, vínculos familiares, higiene, derechos y deberes, valores, normas de urbanidad, Ley Penal Juvenil, mitos sobre las drogas, problemas asociados a drogas, motivación al cambio, adicción como estilo de vida, codependencia, hábitos de vida saludable, tabaco, proyecto de vida, entre otras. Cabe aclarar que los(as) adolescentes tienen la posibilidad de efectuar las charlas, esto por medio de la colaboración del equipo tratante.</p>
Equipos de trabajo	<p>Existe un plan de intervención específico para cada profesión, con la finalidad de potenciar y desarrollar las diferentes áreas del desarrollo personal, por medio de diferentes etapas.</p> <p>De acuerdo con IAFA (2011b), la modalidad de tratamiento residencial cuenta con dos equipos interdisciplinarios, uno para mujeres y otro para hombres. Un tercer equipo funciona para la modalidad ambulatorio intensivo. Cada equipo de tratamiento le da seguimiento por seis meses a la persona menor de edad en el proceso de recuperación individual y familiar, a todos los(as) usuarios(as) que concluyeron el tratamiento de tres meses y que regresan al núcleo familiar.</p> <p>Los equipos interdisciplinarios están compuestos por profesionales en Medicina, Psiquiatría, Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional, Consejería y Enfermería, junto con Orientación, Música y Educación Física.</p>	<p>Se realizan interconsultas, en las cuales participan doctores(as), trabajo social y psicólogos(as).</p>

Ejes analíticos	Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad	HNP/Programa Nuevos Horizontes
Capacidad del servicio y población atendida	El Centro cuenta con una capacidad para el 2011 de 24 camas, distribuidas en 14 de hombres y 10 de mujeres. Según IAFA (2012b), durante el año 2011 se realizaron 999 valoraciones de personas menores de edad, las cuales derivaron 278 jóvenes al servicio ambulatorio intensivo (220 hombres y 58 mujeres) y 158 al ámbito residencial (104 hombres y 54 mujeres).	Según Ramírez (2012b), el servicio posee (desde el 2006) 12 camas (7 para hombres y 5 para mujeres). Aunado a ello, en el Programa han participado desde su conformación un aproximado de 477 pacientes (actualizado a junio del 2012).
Presupuesto⁴⁰	ϕ580.638.296	ϕ575.224.042*

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir del proceso investigativo efectuado en las diversas instituciones.

⁴⁰ Se refiere al presupuesto girado para los servicios brindados durante el año 2011, dato obtenido del diagnóstico efectuado por el IAFA (2012b). Aclarando que las ONG's se financian por medio de recursos tanto públicos como privados.

* La cifra refiere al presupuesto girado en el 2008.

Cuadro No. 3: Principales programas no gubernamentales orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, Costa Rica, 2013

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
Finalidad	RENACER se enfoca en desarrollar estilos de vida saludable en las adolescentes y que ellas logren establecer un proyecto de vida.	Según Comunidad Encuentro (2012), desarrollar un programa y una "metodología" catalogada como una "escuela de vida", fundada sobre la participación, la interrelación y el diálogo entre los residentes y los(as) educadores(as) (denominados sus padres del amor).	De acuerdo con Hogar CREA (2012), esta comunidad ofrece las herramientas necesarias para cambiar, pero plantea que nadie puede progresar, obtener respeto propio, dignidad, fe, capacidad para amar y ser un miembro "útil" en la sociedad, sino es la persona quien se propone cambiar esa conducta.
Población	Sus acciones se dirigen a la población femenina (niñas y adolescentes) vinculada al consumo de drogas.	Se brinda un programa dirigido solamente a niños, adolescentes y adultos (varones) consumidores de drogas.	El programa ubicado en Barva de Heredia, específicamente se orienta a población adolescente masculina en condición de farmacodependencia, cuya edad oscile entre los 12 y 17 años (y 2

⁴¹ Referente a la Asociación Comunidad Encuentro cabe aclarar que hubo una serie de limitaciones en cuanto al acceso a información tanto de la Organización como de los procesos de trabajo que se efectúan con los(as) adolescentes, las investigadoras se enfrentaron a obstáculos organizacionales debido al recelo y a la negación de insumos que permitieran una mayor aprehensión del programa que se desarrolla; se contactó al IAFA (encargado de girar permisos de funcionamiento y efectuar procesos de supervisión), pero la institución no contaba con material que aportara información relevante; aspecto que permite vislumbrar que la tarea de supervisión del Instituto no se cumple a cabalidad, repercutiendo en el vago conocimiento sobre la pertinencia del programa y del cumplimiento de los derechos de la población que se encuentra en el Centro, ubicado en San Vito de Coto Brus (zona alejada del Área Metropolitana). Se logró contactar a la Trabajadora Social del CAID de San Vito, profesional que facilitó la mayoría de la información que se esboza en el cuadro.

⁴² Hogares CREA cuenta con cuatro programas direccionados a población menor de edad, no obstante, por limitaciones de tiempo y por la facilidad de acceso, se decidió incorporar el programa que se maneja en Barva de Heredia, el cual se direcciona a población masculina.

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
Mecanismo y/o requisitos de ingreso	Siguiendo con Obando (comunicación personal, 10 de octubre del 2012), los principales requisitos que establece la Asociación son: cédula de menor, dictamen médico general; dependiendo de la particularidad, informe de la oficina del PANI (de todas las áreas de intervención), medida de protección y/o judicial.	El proceso de ingreso se realiza por medio de la referencia del PANI (medida de protección), Poder Judicial, examen de hemoglobina completa y placa de tórax), luego procede a establecerse en el centro durante un mes en período de Acogida (para adaptarse a las nuevas costumbres), posteriormente, se incorpora en el programa correspondiente (dependiendo básicamente de su edad, sin embargo, no existen grandes variaciones entre el programa que se brinda a una persona adulta que a una adolescente). Además, referir problemas de consumo de sustancias adictivas, presentar documentos de identificación y disposición para vivir en comunidad con una fuerte dosis de disciplina.	meses). De acuerdo con Vargas (comunicación personal, 3 de octubre del 2012), entre los requisitos de selección se encuentran: medida de protección del PANI y judicial (si fuera el caso), consumir cualquier tipo de droga (leve, moderado o dependencia), ingresar con revisión médica del IAFA, copias de las certificaciones de estudios (si posee alguno), entre otros. Se efectúan como mínimo tres visitas para la inducción, a la cuarta puede ingresar.
Modelo de atención	La modalidad de atención es de tipo residencial. El programa se estructura en cuatro fases, a saber: • Acogida, se efectúa la identificación de compañeras y equipo clínico, la interiorización de la filosofía del centro, se realiza un diagnóstico del estado de salud de la	Al igual que en RENACER, la modalidad de atención refiere a la residencial. El programa se divide en tres fases, las cuales si sintetizan a continuación: • Primera Fase, los internos con más tiempo en el programa se encargan de supervisar y explicar la	La modalidad se mantiene similar a la de las otras dos ONG's, aludiendo a que es residencial. El tratamiento se efectúa mediante cuatro fases, éstas refieren a: • Fase I: Compromiso Existencial (CE) en el que deben preocuparse por su condición de abuso de

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
	<p>joven, se establece el compromiso de la familia en el proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión, se divide en etapas de acuerdo a la superación personal de cada joven y la evaluación del equipo clínico. • Reintegración, en esta fase la adolescente ha logrado un nivel alto de maduración, se facilita su proyección a la familia. • Seguimiento (proceso que se desarrolla aproximadamente hasta los 21 años), se efectúa por medio de llamadas telefónicas, redes sociales y correo electrónico; aunado a ello, se realizan reuniones de egresadas (se trabaja de manera grupal por medio de talleres), pueden solicitar citas y se interviene de forma individual. <p>Las fases se organizan y son denominadas según nombres bíblicos (Ruth, Esther, Débora y Tamara).</p>	<p>vida que propone la Comunidad. Se le asignan varias responsabilidades. Se busca que la persona asimile y se adapte el cambio de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda Fase, se persigue que los jóvenes afronten sus dificultades personales y recuperen los valores y principios necesarios para poder llevar en el futuro una “vida digna y provechosa”. • Tercera Fase, su objeto es preparar a fondo a los residentes para su reingreso en la sociedad. Forman parte del programa varios permisos, que tienen lugar aproximadamente al finalizar cada año y cuya misión es ir facilitando la incorporación al seno familiar y a la sociedad en general. <p>Según el IAFA (2012b), la Asociación Comunidad Encuentro, desarrolla una experiencia de inserción, tipo casa media, para población masculina en un establecimiento localizado en el Cantón de Curridabat de la Provincia de San José, para un máximo de 10 personas y cuenta con una persona encargada que convive con ellos y una pareja que brinda apoyo en el área familiar y de convivencia.</p>	<p>sustancias y encontrarle un sentido a su vida, además de comprometerse con el programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase II: Posee varias etapas denominadas Grupo I, II y III en las que se trabaja con un material llamado “Control de Entrenamiento Personal” (CEP) en el que se especifican las acciones y las normas; constituye un plan de trabajo para llevar a cabo el tratamiento. Cada una de estas etapas tiene una duración de 2 meses. • Fase III: Se le conoce como Nivelato I y II. Se trabaja con el CEP, sin embargo, se considera que en este período, la persona se encuentra en una situación de menor riesgo. Concluido el nivel II se convierten en entrenadores de sus compañeros. • Fase IV: Seguimiento y tratamiento ambulatorio. En esta fase, los adolescentes egresan del Hogar, se trabaja con sesiones a las que asisten por sus propios medios; al finalizar el primer año de seguimiento, se les entrega una carta que hace reconocimiento del proceso y así se continúa por dos años más hasta que al término del tercer año se entrega la carta final y se da por concluido el proceso de tratamiento.

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
			Se plantea que el acompañamiento por parte del PANI y del IAFA, se realiza, en el caso del primero, de una a dos veces al año, mientras que el segundo, tres veces al año.
Duración del proceso	Desarrolla un proceso terapéutico que tiene una duración de 1 año y contempla una última fase de la intervención que es llamada reintegración, la cual tiene una duración 6 meses.	La duración del programa oscila entre 24 y 36 meses.	El tratamiento tiene una duración de 8 años. La parte más fuerte se concentra en el primer año y medio, en que el o la residente debe estar dentro del Hogar y recibir las terapias, posterior a eso se realiza un proceso de seguimiento.

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
Metodología de trabajo	<p>Se trabaja bajo la modalidad “Comunidad Terapéutica”. Según Obando (comunicación personal, 10 de octubre del 2012), constituye una modalidad específica, disciplinada y muy estructurada, de autoayuda y confrontación en la que las jóvenes se convierten en protagonistas de su propio cambio.</p> <p>Desde el área de coordinación, se le entrega a la persona el plan de tratamiento. La adolescente cada vez que asiste a terapia individual, debe llevar el plan, de ese modo, tiene conocimiento del tema que se va a tratar en la sesión. A su vez, se plantea un proyecto para la vida, el cual se establece aproximadamente a los diez meses de estar en el Centro (se manejan proyectos independientes, dirigidos a las adolescentes que no cuentan con recurso familiar o bien, éste no es adecuado; durante todo el proceso se busca fortalecer ese recurso).</p> <p>Se trabaja con la persona desde todas las áreas profesionales (psicología, trabajo social, formación cristiana), tanto de manera individual como grupal, a través de talleres y de terapias de grupo (enfáticamente en expresión de sentimientos).</p>	<p>Se parte de un método comunitario bajo la consigna de “ser menos una terapia y más una propuesta de vida”. Las personas se dedican a trabajar y actuar asumiendo la responsabilidad que requiere la vida cotidiana, en trabajo (considerado como instrumento educativo y potencializador de capacidades) y relaciones.</p> <p>La metodología de trabajo se da a través de una participación completa del individuo en la vida cotidiana del centro, coordinada y orientada mediante sesiones individuales y grupales.</p> <p>El programa se basa en una terapia de autoayuda, en la que los residentes con más tiempo en el Centro enseñan y conducen a los de recién ingreso, con el objeto de conseguir una recuperación y preparación para su reincorporación a la sociedad.</p> <p>El día se organiza en ocho horas de actividades escolares y laborales, ocho horas de confrontación con los demás, a través de momentos de grupos, reuniones, actividades culturales, recreativas y deportes (se destacan las capacitaciones en carpintería, mecánica, metalurgia,</p>	<p>El proceso se fundamenta en las “capacidades del carácter”, asociándose al modelo conductual. Contempla aspectos metodológicos generales para todas las poblaciones, sin embargo, el tratamiento brindado por la organización posee un modelo de atención específico para los(as) adolescentes.</p> <p>La familia se coloca como parte esencial e incidente en el tema del consumo.</p> <p>Siguiendo a Vargas (comunicación personal, 3 de octubre del 2012), la atención brindada desde los Hogares se efectúa por medio de terapias, las cuales se caracterizan por:</p> <ol style="list-style-type: none"> El principio existencial: el individuo es responsable por su existencia. El tratamiento se ofrece por quienes han pasado por el proceso, bajo la supervisión y asesoramiento de los(as) reeducados(as) del programa profesional. La participación activa de los(as) residentes(as) en el proceso de tratamiento. El concepto de familia extendida y de Hogar, que se desarrolla en el ambiente terapéutico. El concepto de reeducación.

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
	Cada área cuenta con diferentes instrumentos para el registro de la información.	agropecuaria, entre otras). Se incorpora a los familiares a estas reuniones en los encuentros de los domingos de visita (efectuándose una vez al mes; el primer regreso a la familia será después de un año de permanencia en la Comunidad).	f) La participación comunitaria en el tratamiento. Según Vargas (comunicación personal, 3 de octubre del 2012), los(as) residentes llevan a cabo catorce modalidades de terapia para fortalecer las capacidades del carácter, las cuales son: confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad, identidad, compromiso, generatividad y trascendencia. Se pueden mencionar algunas de esas terapias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Educativa: educación secundaria (telesecundaria, aula abierta). ✓ Ocupacional: limpieza del hogar. ✓ Recreativa: paseos. ✓ De Confrontación: autoayuda entre los compañeros. ✓ Urbanidad: buenos modales. ✓ Espiritual: asistencia a actividades relacionadas con el fortalecimiento de la espiritualidad. ✓ PASE: posibilidad de visitar a las familias. ✓ Familiar: Espacios para compartir con sus familias. ✓ Individual: terapia psicológica relacionada con la situación personal de consumo de drogas. ✓ Grupal.
Temáticas abordadas	El tema va a depender de la realidad	Pese a los esfuerzos efectuados no	En las terapias individuales se

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
	<p>de cada una, todas presentan características de “adicciones”, no obstante, poseen condiciones específicas.</p> <p>De acuerdo con Obando (comunicación personal, 10 de octubre del 2012), entre las temáticas que se desarrollan en los talleres grupales, se mencionan: familias, convivencia, valores de la comunidad, proyecto para la vida/componentes, proceso de reinserción, uso del tiempo libre, oportunidades (FODA), autoestima, límites, sexualidad, violencia intrafamiliar; conforme se avanza y a la mitad del proceso, se centran en reinserción social, por ejemplo, el uso del tiempo libre. Por lo que de las temáticas van a depender las cabañas (fases) donde se ubique la joven.</p> <p>El tercer domingo de cada mes se desarrollan las escuelas para las familias, en las que se trabaja: codependencia, límites, normativa, proyecto para la vida, plan de tratamiento, entre otros.</p>	<p>fue posible obtener esta información.</p>	<p>aborda la situación legal del joven, temáticas vinculadas a la familia y enfáticamente las capacidades del carácter.</p>
Equipo de trabajo	<p>El equipo clínico de RENACER lo conforman operadores(as) de comunidad terapéutica,</p>	<p>Los residentes tienen un papel de dirección y coordinación de la vida del Centro después de haber</p>	<p>Las terapias se imparten por las personas que han llevado a cabo un proceso en la organización</p>

Ejes analíticos	Asociación RENACER	Asociación Comunidad Encuentro ⁴¹	Asociación Hogar CREA Internacional (Barva de Heredia) ⁴²
	<p>profesionales vinculados al programa: psicólogos(as), trabajadores(as) sociales, pedagogos(as), médico(a) y la dirección de las jóvenes. Este programa acoge y se basa en la doctrina religiosa que se pretende promover desde el Centro, por tanto, la terapéutica conformará su “nueva” familia.</p>	<p>recibido una preparación técnico-cultural, convirtiéndose en responsables de organizar y controlar las actividades con la participación activa de todos los adolescentes. Sin embargo, se da la participación de profesionales de distintas áreas⁴³.</p>	<p>(“reeducados”), esto permite comprender que el poco interés por la inserción de profesionales -que existen en cantidad mínima- y no llevan a cabo la totalidad de funciones para las que se encuentran calificados(as). El equipo de atención directa se conforma por directiva, supervisión, psicología y trabajo social.</p>
Capacidad del servicio	<p>De acuerdo con Obando (comunicación personal, 10 de octubre del 2012), a octubre del 2012, la población de RENACER estaba conformada por 32 adolescentes, no obstante, la capacidad es para 40.</p>	<p>Siguiendo al IAFA (2012b), para el caso del Centro Comunidad Encuentro, para población masculina, las cifras del año 2011, indican un índice de ocupación del 26% de las camas. Se contaba para ese año con una capacidad de 40 camas.</p>	<p>La cantidad de camas con las que contaba la Asociación para el 2011, según el IAFA (2012b), era un total de 20.</p>
Presupuesto	<p>ϕ232.742.107</p>	<p>ϕ276.850.000</p>	<p>ϕ66.852.759</p>

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir del proceso investigativo efectuado en las organizaciones.

⁴³ No se especifica las profesionales que participan en los procesos, no obstante, se conoce que en el Centro laboran dos psicólogas y que no se cuenta con servicios profesionales en Trabajo Social.

Para proceder con el respectivo análisis que compete la ejecución de la política pública, se torna necesario, primeramente, aludir a la labor que ha desempeñado el IAFA, institución que debe propiciar esfuerzos estatales orientados a la investigación, promoción, coordinación, fortalecimiento y aprobación de los programas públicos y privados orientados a la atención de la población adolescente en condición de farmacodependencia, bajo la dirección del MINSA, en razón de la rectoría que debe ejercer ese Ministerio en materia de salud pública.

Los principales esfuerzos del IAFA -enfrentados a las reestructuraciones del Instituto provocadas por la reducción estatal en el ámbito social-, se han direccionado a investigación, supervisión y coordinación, desestimando su rol como ente rector y concediéndole poca efectividad a las acciones ejecutadas. Las labores concernientes a la supervisión se enfrentan a una serie de dificultades, esto al no disponer de una guía o un protocolo que permita establecer los aspectos a verificar en las inspecciones, imposibilitando

(...) la supervisión sistemática y uniforme de los programas autorizados para la atención de personas drogodependientes, documento que debe ser diseñado con fundamento en principios, normas y lineamientos afines a la población menor de edad, previamente establecidos y oficializados, cuyos objetivos sean no sólo promover la unificación de criterios de supervisión, sino, velar por la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad y el cumplimiento de la normativa técnica aplicable (Contraloría General de la República, 2010, p.13).

La ausencia de esas guías aunado a la escasa sistematización de los resultados obtenidos a raíz de las supervisiones, provoca que el Instituto no cuente con la información pertinente y adecuada sobre los procesos que se

efectúan con esta población, lo que dificulta conocer la efectividad de las acciones ejecutadas y su apego o no al cumplimiento de los derechos de los(as) adolescentes.

Tal situación origina que la institución no desempeñe a cabalidad su función de supervisor y/o evaluador de los programas, esto agudizado por la escasez de información, obstaculizando la decisión de autorizar la continuidad o no de las acciones, así como el imponer medidas para fortalecer y/o modificar los programas. En tanto,

(...) el IAFA carece de registros consolidados, oportunos y confiables sobre la población infanto juvenil atendida, ingresada y egresada de los diferentes programas de orden público y privado que brinda servicios a esta población, que permita al Instituto ejecutar de forma eficaz y eficiente su labor de rectoría, por cuanto lo priva de la posibilidad de monitorear todos los aspectos relacionados con la atención del problema y por ende disponer de información oportuna y confiable que le permita sustentar la promoción, la adecuación y el fortalecimiento de los programas (Ibídem, 2010, p.14).

Al privarse de ese monitoreo, las instancias mantienen registros independientes, y a pesar de que el IAFA solicita información a las ONG's, ésta se obtiene con el objetivo de contar con los datos necesarios para realizar un proceso básico de vigilancia epidemiológica (orientado a recapitular datos específicos sobre ingresos o egresos) y no con la finalidad de supervisar o evaluar la efectividad de los programas.

Otra limitante es la carencia de seguimiento a los casos de los(as) adolescentes que egresan de algún programa de la institución y continúan su

tratamiento en cualquier otra modalidad o a quienes -por la escasa cobertura y la limitada oferta de servicios- deben volver a su ámbito familiar.

Específicamente en el área de tratamiento, el IAFA crea el Centro de Menores, sin embargo, “(...) el modelo de atención diseñado y la capacidad instalada prevista para este Centro de Menores, no están sustentados en un diagnóstico nacional de necesidades que permita una respuesta efectiva al problema de drogadicción de las personas menores de edad” (Ibídem, 2010, p.17).

Como se observa en el cuadro comparativo, el Centro provee fundamentalmente tres servicios (Valoración Inicial, Ambulatorio Intensivo y Residencial), no obstante, carece del servicio de desintoxicación residencial y se observa una limitada capacidad de atención.

Esa ausencia del servicio de desintoxicación⁴⁴ genera que el PNH⁴⁵ se constituya en el único centro dirigido a adolescentes a nivel nacional, que provea ese servicio. La desintoxicación requiere la inversión de altos costos, por lo que no se considera una actividad rentable para el Estado e influye en la no prestación de dicho servicio en todos los centros de salud del país o en al menos los hospitales nacionales, reduciendo el acceso a la salud por parte de los(as) adolescentes, proceso que posee capacidad y cobertura reducidas si se contrasta con la realidad del consumo en Costa Rica. Repercutiendo que -en muchas ocasiones- no se les

⁴⁴ Según el Poder Ejecutivo (2012), la desintoxicación puede definirse como un proceso de atención médica y farmacoterapia, con la finalidad de ayudar a la persona a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente “normales”.

⁴⁵ Este Programa constituye la única opción para referir a quienes consumen drogas y representan un “problema” para el sistema, y al no tener donde ubicarlos(as) ni contar con otras opciones, los(as) “depositan” en el Hospital, institución que posteriormente los(as) traspasa a otro lugar. Según Ramírez (2012b), las principales reubicaciones se han realizado a centro residencial y ambulatorio del IAFA (de enero a junio del 2012, fue a la modalidad residencial a la cual se hicieron más traslados, aproximadamente 29 hombres y 16 mujeres), Comunidad Encuentro, Hogares CREA, RENACER, CAID, entre otras.

dé respuesta de forma inmediata a los(as) adolescentes y en algunos casos, aunque presenten intoxicación, se proceda a ingresarlos(as) a una ONG, a los albergues del PANI para que pasen la noche o bien queden desprotegidos en la calle hasta que proceda la medida administrativa para lograr el ingreso.

Cuando no se cuenta con el espacio para el ingreso al Pabellón Nuevos Horizontes, la o el adolescente debe permanecer en la Unidad de Emergencias expuesto(a) al peligro inminente de que cualquier otra persona que se encuentre en la Unidad, atente contra la integridad de la o el menor (es decir, se expone a agresiones o abusos al compartir el espacio con adultos/as que presentan alguna complicación mental). O como se mencionó, se procede a referir a una ONG aunque presente un estado de intoxicación; proceso que debe catalogarse como el primer paso del tratamiento, es decir, la desintoxicación resulta necesaria pero los procesos de trabajo no se pueden agotar con ella; toda persona que presenta una dependencia requiere un abordaje no solo a nivel físico sino que también se deben considerar los factores económicos y sociales. En este sentido,

El otro concepto es el de “tratamiento” de la dependencia de las drogas, concebido como un “continuum”, en el cual tienen cabida desde las intervenciones de mínima complejidad, dirigidas a atender a aquellos individuos con la menor gravedad de problemas derivados del consumo, hasta aquellas intervenciones que requieren de utilización de mayor intensidad de tecnología y equipos especializados en la atención de los consumidores y dependientes de drogas, en quienes, las consecuencias del consumo han alcanzado niveles tales de gravedad, que sólo es posible esperar resultados positivos mediante la utilización de un monto importante de recursos especializados para su recuperación (ICD, 2007, p.21).

Referente a ese proceso de atención, que inicia -en el mejor de los casos- con la desintoxicación en el HNP, el Centro para Menores brinda asistencia ambulatoria y residencial, a diferencia del PNH y los programas implementados por las ONG's, ambos trabajan bajo la modalidad de tipo residencial (por su particularidad, el PNH es hospitalaria). Esto repercute en la duración de los procesos, en el ámbito hospitalario al reducirse la intervención a desintoxicar a la persona se estipulan treinta días (independiente del estado de la o el adolescente y de sus necesidades de atención), en cambio, las ONG's efectúan acciones orientadas a un plazo de uno a ocho años (dependiendo de la organización).

No obstante, en Costa Rica no se ofrecen servicios que acojan a aquella población que terminó o cumplió el plazo estipulado en las ONG's, jóvenes que no han podido egresar de la organización porque no existen opciones para su traslado⁴⁶, por razones como la ausencia de redes de apoyo, el recurso familiar agotado o conflictivo, el PANI no brinda una respuesta para su reubicación o han excedido el límite de edad, entre otras; lo que prolongaría el proceso de institucionalización, el cual podría afectar su desarrollo y violentar su derecho a un espacio óptimo e idóneo para su crecimiento.

Aunado a esa deficiencia en la oferta de programas, los servicios que se brindan a la población adolescente, se orientan -en la mayoría- a edades entre los 12 a antes de los 18 años, por lo que aquellos(as) que se encuentren entre los 17 y los 18 años que ameriten ingresar al servicio, quedan desprovistos de tratamiento ya que el proceso se extendería propasando los 18 años y al no tenerlos, no pueden ingresar a un programa para adultos/as.

⁴⁶ Según el IAFA (2012b), Asociación Comunidad Encuentro ha incursionado en la modalidad "casa media", para población masculina en un establecimiento localizado en San José, para un máximo de 10 personas y cuenta con una persona encargada que convive con ellos y una pareja que brinda apoyo en el área familiar y de convivencia.

Dicha situación atenta en contra del bienestar de la persona y limita el acceso a estos servicios, aspecto que podría propiciar el incremento en el consumo o el desinterés por recibir el tratamiento; incluso, algunas familias al buscar la opción del internamiento y negársela, optarían por expulsar a la o el adolescente de la vivienda, lo que a su vez, generaría una condición de calle, la cual también podría producirse por las difíciles condiciones materiales de vida que enfrentan los hogares costarricenses.

La condición de calle se percibe como una de las principales similitudes entre la mayoría de la población que accede al PNH, además, se visualizan características generales⁴⁷ en la población en condición de farmacodependencia atendida por los programas de tratamiento tanto públicos como privados que existen a nivel nacional. No obstante, dependiendo de la naturaleza y la finalidad de la institución, los procesos se direccionan y/o adquieren rasgos específicos. Tal es el caso del PNH, en el que la dependencia se liga con complicaciones en la salud mental, o bien en el MJP, donde se asocia con estrategias de carácter punitivo.

Así mismo, tanto el PNH como el Centro para Menores proveen servicios a adolescentes varones y mujeres, constituyéndose en las únicas opciones estatales vinculadas con la temática; adquieren cobertura nacional pero por su ubicación geográfica (área metropolitana, específicamente, en San José) se torna difícil el acceso para aquellos(as) jóvenes provenientes de zonas periféricas (como Limón

⁴⁷ Se visualiza que pese a que el consumo de alguna droga es la razón principal por la cual la persona ingresa, existe un conjunto de factores asociados y/o causados por la dependencia, aclarando que cada adolescente presenta características propias pero que es posible inferir, por ejemplo, que un gran número de jóvenes farmacodependientes en condición de calle también tienden a vincularse a la explotación sexual comercial, lo que a su vez, conduce a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados; además, la mayoría de esas adolescentes -por su misma condición- no cuenta con información adecuada sobre su sexualidad o no han recibido procesos educativos relacionados. La mayoría presenta baja escolaridad, recurso familiar debilitado, conflictivo o ausente, escasos recursos económicos, entre otras.

y Guanacaste). Por su parte, Comunidad Encuentro al localizarse en San Vito de Coto Brus enfoca sus procesos -principalmente- a los(as) adolescentes de la zona sur del país y las instalaciones se encuentran en un lugar retirado.

Dependiendo de la ONG⁴⁸ la atención se especifica por sexo, RENACER atiende población femenina, Comunidad Encuentro a la masculina y Hogares CREA orienta acciones para ambos, particularizada en cada Hogar, por ejemplo, el que se ubica en Barva de Heredia se dirige a hombres.

Pese a esa distinción, por lo general, los programas de las ONG's se enfocan en generar estilos de vida saludables, procurando que logren establecer un proyecto de vida, no obstante, se debería trabajar en las condiciones materiales de esta población y en las redes de apoyo, ya que esto constituye un elemento clave para que la o el adolescente no reitere en el consumo; aspecto que no se aborda en todas las organizaciones. Estilos de vida que se buscan alcanzar mediante las premisas del modelo cognitivo conductual, postura teórica que parte de efectuar una fragmentación positivista de la realidad, centrándose en la persona (en el cambio de su comportamiento) y dejando de lado aspectos trascendentales como las condiciones sociohistóricas, ignorando de ese modo, el carácter de historicidad y la universalidad de las relaciones sociales.

Lo anterior, refleja una postura basada en el carácter individualista del consumo y la dependencia, al orientar los procesos a la modificación de la conducta de la persona, se obviaría que la farmacodependencia constituye sólo un

⁴⁸ Como se mencionó, "En el país solo tres Organizaciones No Gubernamentales desarrollan programas de tratamiento y rehabilitación dirigidos a la atención de personas menores de edad. En total, se cuenta con seis programas de tratamiento y rehabilitación para personas menores de edad, de los cuales dos están dirigidos a la atención de mujeres" Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012b). Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica. Versión Preliminar. San José. p. 25.

elemento del fenómeno droga y que por ende, engloba el análisis de una serie de factores como las relaciones familiares e interpersonales, el contexto en el que se desarrolla la o el adolescentes, las condiciones materiales, el aspecto emocional y la conformación de su identidad (aspecto relevante en esta población), entre otras.

Otra de las posturas en las que se basan las acciones implementadas refiere al modelo Comunidad Terapéutica, el cual se centra en una estructura disciplinaria y rígida, colocando a la persona como la protagonista de su propio cambio. Aunado a ello, el PNH funciona bajo la premisa de la patología dual, en el que se trata a la o el adolescente tanto por la dependencia como por la enfermedad psiquiátrica (al fundamentarse en esto, no se tiene conocimiento certero sobre cuál condición se presentó primero, asumiendo que todos/as poseen una complicación en su salud mental y que requieren tratamiento para ello). Tales metodologías proyectan la visión de que la persona presenta el “problema” y es quien no se ha adaptado satisfactoriamente a las normas impuestas socialmente; culpabilizando y estigmatizando a esta población.

Se visualizó que los modelos de atención del PNH y de las tres ONG’s se organizan a través de la estructuración de fases, las cuales no siempre se van a cumplir de manera dada, ya que varían según cada persona y sus condiciones particulares. En otras palabras, un modelo, por lo general, no va a responder a todas las personas atendidas por un servicio, en razón de que cada contexto y realidad son cambiantes y por esencia, diferentes (las fases pueden considerarse descontextualizadas según la realidad de cada adolescente). Sumado a ello, según Vargas (comunicación personal, 3 de octubre del 2012), en Hogares CREA se plantean procesos como “la confrontación”, en los que cada uno de los(as) compañeros(as) señala a la o el adolescente frente al grupo, de manera que se hagan visibles sus debilidades en relación con las “capacidades del carácter”;

aspecto que generaría la ridiculización en público de la persona y, por ende, se agreden y violentan sus derechos.

La mayoría de esos programas se fundamentan y parten de la concepción médico-sanitaria sobre la farmacodependencia, direccionándose a lograr un balance en términos fisiológicos, es decir, son diseñados para que la o el joven cambie su comportamiento y deje de consumir la sustancia -criterio de éxito del proceso-, en detrimento de las otras áreas (relaciones sociales, condiciones materiales, acceso educativo y laboral, actividades recreativas, entre otras); por lo que no visualizan los derechos como conjunto ni la persona integralmente. De ese modo, se le resta importancia a los otros factores que determinan la dependencia, los cuales deberían ser abordados en cualquier proceso de trabajo que se desarrolle con los(as) adolescentes, debido a que el consumo no sólo refiere a una decisión personal sino que involucra el considerar las condiciones socioeconómicas que lo generaron, particularizando en cada adolescente.

Aunado al carácter individualista⁴⁹, las ONG"s promueven una visión moralista de la farmacodependencia. A raíz de la descripción de las fases de los programas de estas organizaciones, se puede inferir que se busca que la persona adquiera el rol de "evangelizadora", para que mediante el ejemplo pueda servir como modelo para quienes ingresan a la primera etapa. Tal situación podría atender en contra de sus intereses o preferencias, ya que de existir alguna que no comparta esta visión de vida o que no crea en la religión, de cierta manera, se le estaría estigmatizando e irrespetando sus derechos.

⁴⁹ Ese carácter se enfatiza en el empleo de verbos tales como "restauración o rehabilitación", aunado a ello, se plantea trabajar en aristas como lo físico, psicológico y espiritual, pero no se engloba el aspecto material o las posibilidades de desarrollo posterior al internamiento.

Estas organizaciones recogen y promueven principios desplegados desde instancias internacionales, es decir, se denota la existencia de este tipo de organizaciones alrededor del mundo, promoviendo una labor de orden religiosa; esto se refleja en la forma en que el programa se desarrolla, cada país posee particularidades distintas y por ende, debe contextualizarse y orientarse a las características específicas de cada adolescente, estudiándose sus factores protectores y de riesgo.

Parte de esa ideología radica en que las organizaciones orienten sus acciones a generar herramientas que posibiliten -que una vez concluido el período de internamiento- la persona pueda constituirse en “ejemplo” e impartan lecciones o procesos en la ONG (reeducados/as⁵⁰ en Hogares CREA). Dicha situación provoca que los procesos de trabajo asumidos por los(as) profesionales sufran cuestionamientos y rechazos por parte de la población, debido a que manejan la visión de que solo un(a) farmacodependiente entiende a otro(a) que pasa por esa condición.

Por lo general, el grupo interdisciplinario o de trabajo está conformado por estas profesiones: Medicina, Psiquiatría (estas dos se vinculan primordialmente al proceso de desintoxicación), Trabajo Social, Psicología, entre otras. Se confecciona un plan de trabajo, el cual direcciona los procesos que se desarrollen con la o el adolescente, quien debe adaptarse a la opción que el equipo tratante considere la más oportuna. Vinculado con el personal con que cuenta los servicios, se plantea que

⁵⁰ Dicho éxito es alcanzado cuando se llega a ser una persona “reeducada”, la cual es aquella que logra volver a ser un miembro “útil” en la sociedad, este término se maneja de manera muy frecuente por los internos de la organización; promoviendo su responsabilización y culpabilización.

La relación mínima permanente entre recurso humano (considerando solo el técnico-profesional de atención directa) con los beneficiarios (pacientes) en la modalidad residencial, es para el caso del centro del IAFA de 10 funcionarios por cada 5 pacientes y para el centro Nuevos Horizontes de la CCSS es de 4 funcionarios por cada 3 pacientes. Para el Centro RENACER la relación es de 3 funcionarios por cada 12 pacientes mujeres. En cuanto al Centro Comunidad Encuentro hay que considerar que son dos programas, presentando una relación de 2 funcionarios por cada 12 pacientes hombres. Para el Centro Hogar Crea, hay que considerar que son cuatro establecimientos que comparten recurso humano con el MEP, el cual no está siendo considerado en el cálculo del promedio de 1 funcionario por cada 11 pacientes (IAFA, 2012b, p.38).

Las profesionales refieren que el trabajo con la familia constituye una arista fundamental en el proceso de tratamiento, no obstante, las labores deberían contemplar a aquellas personas que no poseen ese recurso y brindarle un abordaje distinto, es decir, no debe dejarse de lado las condiciones reales de las personas que no nacen o no conviven con un grupo familiar y buscar alternativas de apoyo.

Se observa que tanto en el Centro como en las ONG's, se tiende a establecer alianzas afectivas de los(as) adolescentes con el personal, lo cual podría resultar contraproducente, debido a que se corre el riesgo de crear lazos emocionales fuertes y para quien transita por un período de "recuperación", si bien el contar con el apoyo de distintas personas es fundamental, los(as) funcionarios(as) del Centro sólo los(as) acompañarán y servirán de apoyo mientras se encuentren en la institución, posterior a ello, son las redes quienes asumirían este papel. Suponiendo que no cuenten con ellas o que sean débiles, la o el adolescente estaría más propenso(a) a reincidir en el consumo.

Relacionado con las visitas a la familia, se visualiza que, por ejemplo, en Comunidad Encuentro el primer regreso a su núcleo será después de un año de permanencia en la Centro. Reflejando que la persona se enfrenta a la lejanía de sus relaciones, privándole el derecho a la convivencia en un hogar junto con sus familiares o personas encargadas. Ahora bien, existen casos en los que en la familia se presenten factores que promueven el consumo como antecedentes de dependencia y/o el vínculo con otra dimensión del fenómeno droga como tráfico ilícito o cultivo doméstico, que tornaría complicado el panorama para que la o el adolescente vuelva a su hogar.

Las temáticas abordadas con las familias durante el tratamiento son comunes en los distintos programas, entre las que se mencionan: manejo de límites, comunicación asertiva, conocimiento sobre las drogas. Situación similar sucede con las que se imparten en las sesiones individuales y grupales con los(as) jóvenes, éstas refieren a estilos de vida saludable, cambio en el comportamiento, consumo de drogas, proyecto de vida, sexualidad, entre otras.

Se menciona que se procura el abordaje de temáticas vinculadas a los derechos y deberes, pese a que la legislación no se refiere -específicamente- a los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, resulta fundamental que esta población conozca sus derechos y, que se trabaje en procesos de exigibilidad, reconocimiento y participación. No obstante, estas sesiones deberían ser coordinadas y desarrolladas por profesionales del área social, no por egresados(as) como sucede en las ONG's.

En relación con las condiciones institucionales para el desarrollo de las sesiones, en general, los programas se efectúan en espacios cerrados, es decir, aislándose a la o el adolescente del resto de la población. La infraestructura física (Centro, Pabellón y MJP) se caracteriza por constituirse en lugares cerrados,

anulando el derecho de los(as) adolescentes de desarrollarse en espacios óptimos y acondicionados para su desarrollo. Lo anterior, en contrariedad con lo estipulado en la normativa y en el PAIA de la CCSS, en éste último se plantea que “los centros de salud de los diferentes niveles, tendrán espacios adecuados y atractivos que permitan condiciones de seguridad, privacidad y motivación a las y los adolescentes” (Díaz et al., 2006, p.37).

Las condiciones institucionales para el desarrollo de los programas constituyen un ejemplo de cómo en el modelo neoliberal se acentúa la reducción estatal en el “gasto” social, lo que enfrenta a las instituciones prestadoras de servicios sociales a una serie de reestructuraciones y a la implementación de acciones focalizadas, selectivas y limitadas.

Lo que a su vez se refleja en la ausencia de espacios adecuados para la realización de las lecciones educativas y laborales que se imparten en los distintos programas (Centro y ONG´s). Tales capacitaciones se orientan al campo técnico, en el particular de Comunidad Encuentro, se promociona carpintería, mecánica, metalurgia, agropecuaria, mientras que RENACER, enfatiza en peluquería canina y asistente administrativa; labores tradicionales y poco rentables en el contexto neoliberal actual donde predominan las exigencias del mercado.

Se debe aclarar que un(a) adolescente puede conformar parte de los programas en varias ocasiones, situación que es valorada por el equipo tratante y/o impuesta por alguna medida. Se plantea que existen adolescentes que se fugan o que han sido reincidentes, esto deja entrever que las acciones arraigan dificultades y que tanto la coordinación con otras instituciones como el posible seguimiento, presentan deficiencias y en la mayoría de los casos, no logran satisfacer las necesidades de la población ni propiciar que se aleje a la o el joven del consumo de la droga. Es así como,

Para las personas menores de edad, el principal motivo que se señala para el egreso de los programas es el de abandono del proceso terapéutico por parte del paciente hombre. Para las mujeres, hay una igualdad en el principal motivo de salida: abandono vrs. traslado. Los niveles de cumplimiento de los programas son llamativamente bajos, aunque sin duda son superiores entre las mujeres (IAFA, 2012b, p.28).

Incumplimiento que se acentúa en las ONG's, según el IAFA (2012b), solo el 9.1% de la población egresada, habría alcanzado los objetivos individuales de su plan terapéutico en el año 2011, lo que refleja la baja posibilidad de recuperarse. Sin embargo, cabe apuntar la ausencia de evaluaciones de las acciones realizadas, por lo que el plan podría no ajustarse a los requerimientos específicos de la persona ni se efectúa a cabalidad el abordaje de diversos factores (económicos, sociales, culturales, emocionales).

La carencia de evaluaciones suele justificarse en el recorte presupuestario y en la limitación de recursos. Con respecto al financiamiento, las ONG's perciben ingresos tanto públicos como privados; en la mayoría de los casos, las familias de los(as) adolescentes se encuentran obligadas a aportar para el gasto de la estadía de su hijo(a) en el centro, esto mediante la participación en distintas actividades, por ejemplo, la venta de comidas. Sin embargo, se torna necesario considerar que la mayoría cuenta con escasos recursos y que sus condiciones se agudizan en el contexto actual; además, estas organizaciones poseen el apoyo del IAFA y del PANI, por lo que se debería ejercer mayor control para que se limiten esas actividades.

El IAFA (2012a) asigna recursos a las ONG's mediante la Ley No.7972 (en miles de colones), para el 2013 se le concedió a: Asociación Comunidad Encuentro $\text{¢}8.500$ y RENACER $\text{¢}8.500$ (el monto de Hogar CREA no aparece en el

plan operativo para ese año). Por su parte, el PANI (s.f) giró en el 2011 en el eje de residencias transitorias de las transferencias corrientes a otras entidades privadas sin fines de lucro (se calculan sobre la base de trece meses), para Comunidad Encuentro ¢95.337.092,50, Hogar CREA Birrisito ¢57.202.255,50 y RENACER ¢38.134.837.

De acuerdo con el PANI (2011), entre los requisitos previos a la asignación de recursos a una ONG, están los siguientes: a) solicitud firmada por el representante legal (incluye nombre y número de cédula jurídica, nombre del programa o proyecto, objetivos, antecedentes e historial); b) plan de trabajo para el cumplimiento de los objetivos, c) presupuesto de ingresos y egresos del programa.

En relación con los programas estatales, el IAFA (2012a) le concede mayor financiamiento al subprograma “formación y capacitación de agentes multiplicadores para la promoción, prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” girando (en miles de colones) ¢5.172.306; en tanto, al de “tratamiento a personas y familias afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” se le asigna ¢2.548.425,1. Como parte del eje de tratamiento figuran las acciones que se impulsan en el Centro para Menores, pero no se especifica el monto presupuestado para el 2013.

Para el Instituto, cabe aclarar que las fuentes de financiamiento provienen del IAFA (Gobierno Central y otros Servicios), la Ley No. 7972 Cargas Tributarias al Alcohol y al Tabaco, Ley No. 8204 de Psicotrópicos/ ICD, Ley No. 8289 IAFA/ Fábrica Nacional de Licores (FANAL), Ley No. 8289 IAFA/ Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), Ley No. 7648 PANI y Ley No. 9028 Ley General del Control del Tabaco.

Como se mencionó, el presupuesto girado para el quehacer del HNP⁵¹ es colocado por la CCSS, la cual en la sección del comportamiento del gasto de los hospitales para el período 2000-2013 (en millones de colones), específicamente, en hospitales especializados, se obtiene que -según la CCSS (2013)- para el 2012 se le giró ₡23.099,4 y para el 2013, ₡23.342,8 (de un total de ₡115.734,2; por debajo del Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera).

Vinculada con la capacidad institucional, se obtiene una diferencia de 130 camas entre el sector público y el privado, reflejando que la cobertura de los servicios se concentra en el ámbito privado y que el Estado ha relegado sus responsabilidades en cuanto a la atención de esta población a las ONG's. En tanto,

El país cuenta con un total de 202 camas de atención para personas menores de edad que presentan trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas. Existen dos establecimientos en el Sector Público, con un total de 36 camas disponibles, divididas en 21 para hombres y 15 para mujeres, lo que corresponde al 18% del total. En cuanto al Sector Privado, los 6 centros actuales tienen una disponibilidad de 166 camas, que equivale al 82% de la totalidad, las cuales se dividen en 108 para hombres y 58 para mujeres (IAFA, 2012b, p.41).

⁵¹ En el artículo 7 de la Ley No. 7852 de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS, se establece que los hospitales "(...) gozarán de personalidad jurídica instrumental en el manejo del presupuesto, la contratación administrativa, la conducción y organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de Gestión" Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998b). *Ley No. 7852 de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Recuperado el 23 de setiembre del 2012, de http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Financiera/Direccion_de_Presupuesto/Leyes/Le_y_20No%207852%20de%20Desconcentraci%F3n%20de%20Hospitales%20y%20Cl%EDnicas%20de%20la%20CCSS.pdf

El país posee un único centro de desintoxicación orientado a esta población, lo que revela la ausencia de otras alternativas de tratamiento y el desinterés estatal por brindarle una atención adecuada y especializada. El incumplimiento y la desprotección de sus derechos se arraiga desde la omisión de legislaciones direccionadas a su abordaje y en la ausencia de una política universal, congruente y articulada (la cual condense y sistematice las acciones aisladas que se han venido efectuando en la materia).

Se podría argumentar que la o el adolescente se encuentra en la potestad de exigir y demandar un servicio, esto debería constituirse en parte fundamental del cumplimiento de sus derechos, sin embargo, la realidad que vive esta población dista en demasía de esa efectividad, la cual se caracteriza por ser ilusoria y lejana en la práctica.

Al reflexionar sobre las principales acciones impulsadas para su atención, se vislumbra que los procesos de trabajo que se gestan y desarrollan con los(as) adolescentes farmacodependientes adquieren la particularidad de constituirse en acciones aisladas, poco sistemáticas, planificadas a corto plazo, desasociadas de sus cotidianidades y de la realidad del consumo en Costa Rica, influenciadas y determinadas por organismos internacionales, denotándose la desprotección estatal y el protagonismo de las instituciones privadas. Por lo que esta población es sometida a la incertidumbre, a la invisibilización e incluso se maneja bajo un efecto rebote, es decir, se traslada a la o el adolescente de una institución a otra (fragmentando así el proceso de atención a su condición de farmacodependencia), lo que genera la violación de los pocos derechos que -en el mejor de los casos- aún poseían.

5.4 Evaluación de la política

Cabe acotar que en general, la evaluación no constituye un proceso prioritario e importante en las diversas instituciones u organizaciones, efectuándose pocas -en el mejor de los casos- acciones orientadas a la evaluación de los programas o proyectos implementados.

Dichas acciones se centran en instrumentos que pretenden verificar datos estadísticos como el número de ingresos o egresos, pero no se orientan a conocer el impacto del programa en la vida de la o el adolescente así como investigar sobre los factores que contribuyeron a cesar el consumo o bien aquellos que obstaculizaron su desvinculación, en síntesis, una evaluación que busque brindar información pertinente en cuanto a su impacto y que se proyecte al análisis de sus condiciones de vida.

En ese sentido, lo que se visualizó fueron acciones aisladas y operativas, alejándose de una evaluación exhaustiva que posibilitara conocer si los programas cumplían o no con los objetivos planteados y si éstos validaban los derechos de los(as) adolescentes farmacodependientes. Tal es el caso del Programa Nuevos Horizontes, único desde el cual se hizo referencia a procesos de este tipo.

Dicha situación condujo a que se le diera énfasis al plano de la formulación y la ejecución de la política, no obstante, a consideración de las investigadoras, resulta oportuno mencionar que los procesos evaluativos deberían servir como una herramienta que permita verificar la efectividad de las medidas adoptadas y el cumplimiento de los derechos de esta población, así como, el poder afianzar la continuidad o no de las acciones, en virtud de esa protección y mejora de las condiciones de vida de la población.

Capítulo VI: Desafíos que se le presentan a Trabajo Social en su inserción en procesos vinculados con la atención de la población adolescente farmacodependiente: Una mirada a su participación en la incidencia de la protección de sus derechos

Este capítulo⁵² describe y analiza la participación de la profesión de Trabajo Social en el nivel de ejecución de la política, es decir, en los programas y proyectos orientados a la atención de esta población; con la finalidad de determinar su incidencia en la protección de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, lo que a su vez, implica el planteamiento de dilemas y desafíos que se le presentan a la profesión, y las posibles rupturas que podrían contribuir a generar mejores condiciones de vida, así como el cumplimiento de esos derechos.

Por lo que se procedió a estructurar el capítulo de la siguiente manera: se recupera el trabajo profesional (trabajo en sí), colocando las principales funciones que ha asumido Trabajo Social en relación con la atención de la población - enfatizando en las acciones que ha desarrollado como parte de los procesos de trabajo en los que se inserta en las diversas organizaciones e instituciones-, esto permite tener un punto de partida para determinar la incidencia del quehacer profesional en la protección de los derechos y, posteriormente, plantear aquellos dilemas y desafíos que se edifican como obstáculos para garantizar el acceso a los servicios sociales y a la restitución de los derechos.

⁵² Se sintetizan los principales hallazgos encontrados a través del acercamiento y la aplicación de las entrevistas semi-estructuradas a los(as) profesionales que laboran en las instituciones y organizaciones esbozadas como parte de los actores que se involucran en la atención de esta población.

No obstante, el establecimiento de esos desafíos conduce al esfuerzo analítico de buscar espacios de ruptura que trasciendan las labores cotidianas y posibiliten -desde un posicionamiento ético y político direccionado a la búsqueda de la equidad y la consecución de los derechos- la realización de procesos orientados a brindar una respuesta acorde a las características y a las necesidades de la población, en virtud de un interés tendiente a su resguardo y protección.

Resulta trascendental destacar que la profesión ha tenido una vinculación de carácter reciente en las labores de atención de los(as) adolescentes farmacodependientes, comprendiendo que pese a que se ha enfatizado en la preocupación constante de que esta población va en aumento y refiere a una temática ampliamente abordada por otras carreras profesionales, e incluso, por expertos(as) académicos (as) e investigadores (as), el Estado lo remite como un “problema” que debe ser tratado pero que no se cuenta con el ingreso necesario para concretarlo, agotándose en una preocupación literaria y formal. Aunada a esa omisión, los servicios gubernamentales direccionados a esta población son escasos y únicamente existen tres ONG´s encargadas de asumir dicha delegación estatal.

6.1 Trabajo Profesional: Labores asumidas por la o el profesional vinculadas con la atención de la población adolescente farmacodependiente

Este apartado esboza las principales funciones que ha asumido la profesión de Trabajo Social en cuanto a la atención de los(as) adolescentes farmacodependientes. Por lo que para tener una mayor comprensión de estos procesos, se incorpora la siguiente figura, en la cual se distinguen las labores que efectúa en las principales instituciones y organizaciones que brindan servicios a esta población (se destaca que no todos(as) los adolescentes pasan por el mismo

proceso, e incluso, algunos(as) al no tener espacio para su desintoxicación en el HNP se incorporan a un programa de “reinserción”, esto responde a las limitaciones y debilidades analizadas en el capítulo referente a la Ejecución de la Política).

Figura No. 6: Labores asumidas por Trabajo Social en cuanto a su inserción en procesos de atención dirigidos a población adolescente en condición de farmacodependencia



Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a las profesionales en Trabajo Social.

Como se visualiza, a pesar de que los(as) profesionales llevan a cabo funciones similares, la variación se encuentra en relación con la concepción del objeto y el conocimiento que adquiere (o se ve obligado/a a adquirir) el o la profesional en cada institución, en razón de la naturaleza de cada programa, así será la direccionalidad del abordaje institucional. Por ejemplo, las labores de la profesional del PNH en contraposición con lo que se realiza en las ONG's, si bien en ambos espacios se efectúan sesiones individuales, en el PNH se busca dar contención (al encontrarse en estado de intoxicación, se torna difícil desarrollar procesos que trasciendan ese aspecto) mientras que en las ONG's, se orientan en el abordaje de temáticas vinculadas a la consolidación de un proyecto de vida.

Se visualiza que Trabajo Social se inserta en la ejecución de procesos tanto individuales como grupales, abordando -principalmente- temáticas desde el plano socioeducativo promocional y/o terapéuticas (como sexualidad, autoestima, adolescencia, habilidades sociales, las drogas, "adicción", entre otros). En razón de que,

Se trabajan diferentes áreas: grupal en manejo de dinámica conflictos a nivel de grupo, influencia de éste en la muchacha o viceversa, lo cotidiano en relaciones, disciplina, respeto. Aquí participan todos. A nivel grupal se trabajan grupos socio-educativos en diferentes temáticas, se rotan los profesionales ya que todos deben manejar las temáticas aunque unos sean más especialistas por su área que otros. Se trabaja enfermedad de la adicción, sexualidad, salud integral, habilidades sociales y proyecto de vida (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

En cuanto a las características de la población que ingresa a los programas, las profesionales entrevistadas coinciden en que presentan "problemas" ligados al consumo y la dependencia de drogas, en su mayoría se encuentran en

explotación sexual comercial (susceptibles a abusos, desconocimiento de métodos anticonceptivos, embarazos), educación primaria incompleta, relaciones familiares conflictivas, escasos recursos económicos, entre otras. Sin embargo, cabe aclarar que la naturaleza del programa también repercute en la forma en que se aborda y/o se entiende a la población, en este sentido, el PNH al orientarse a la desintoxicación y al ubicarse como parte de las acciones que se desarrollan desde una institución de salud mental, los procesos que se efectúen con la población se encuentran mediatizados por la concepción de asociar la farmacodependencia con una enfermedad mental y repercute en que los(as) trabajadores(as) sociales se enfrenten ante la necesidad de conocer asuntos psiquiátricos y encontrarse jerárquicamente posicionados por debajo de los(as) profesionales en Medicina.

Como parte de las labores que efectúa Trabajo Social en el Centro para Menores, en el Pabellón Nuevos Horizontes y en las tres ONG's, se señala la realización de las valoraciones iniciales mediante la aplicación de una entrevista, en la que se emplea un instrumento para conocer la historia de vida y la situación de la o el adolescente a la hora del ingreso al programa; la valoración o el estudio socio-económico, se identifican variables asociadas con las condiciones materiales como el estado de la casa, los ingresos percibidos y el nivel educativo de los(as) miembros; las visitas domiciliarias, las cuales se efectúan con la finalidad de analizar la composición familiar (en todas las instancias) y las condiciones de vida así como para el posible regreso a su hogar una vez finalizado el proceso de internamiento (tal es el caso de las ONG's); la elaboración de informes sociales.

Se emplean instrumentos estandarizados y/o estructurados, los cuales son establecidos por las instituciones u organizaciones, planteando los parámetros que deben guiar las labores.

Para Trabajo Social tenemos machotes, hay instrumentos para la valoración socioeconómica, visita domiciliar, documentos ya establecidos para lo que son terapias individuales y para las anotaciones en el expediente, a la hora de trabajar a nivel individual el programa lo que pide es trabajar sobre las capacidades del carácter del adolescente (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012).

Esos instrumentos se construyen en función del marco conceptual de cada institución u organización, tal es el caso de las ONG´s desde las cuales se vincula la farmacodependencia con un asunto de carácter individualista, lo que influye en los procesos asumidos por Trabajo Social en razón de que la o el profesional requiera conocer las premisas del enfoque de comunidad terapéutica y el trabajo basado en el modelo cognitivo conductual. Por lo que la profesional de Hogares CREA plantea que “Aquí el tratamiento está basado en los principios de la personalidad, es un tratamiento muy conductual, entonces el trabajo, las terapias, todo está estipulado y debe seguirse” (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012).

En las ONG´s y en el Centro del IAFA, los(as) profesionales suelen encargarse del acompañamiento en los procesos penales (lo que implica que se conozca la legislación), a los respectivos centros de salud y/o a las medidas de protección impuestas por el PANI (coordinación interinstitucional). En el caso de un posible seguimiento por parte de la institución (Centro para Menores y ONG´s), Trabajo Social es el encargado de asumirlo y por la particularidad de las labores de las ONG´s, realiza la fase de “reinserción social”, en la que efectúa procesos con las redes de apoyo y el núcleo familiar -si tuviera-, con el objetivo de verificar si se cuenta con las condiciones adecuadas y óptimas (manejo de límites, que los/as miembros no se asocien a ninguna dimensión del fenómeno droga como

tráfico ilícito, que no existen antecedentes de abuso y/o violación, entre otras) para el regreso de la o el adolescente a su lugar de habitación.

Me corresponde a mi hacer una visita con el muchacho a su casa, para trabajar el proceso de egreso; se trabajan procesos de reinserción (cómo va a hacer, si necesita beca). Teóricamente se debe estar trabajando el seguimiento pero eso es algo que casi no hay tiempo de hacer, lo que se hace es estar pendiente de los que han salido últimamente y se tiene contacto con ellos, sobre cómo están, si tienen algún problema (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012).

En las dos instituciones gubernamentales (Centro para Menores y Pabellón Nuevos Horizontes) así como en las tres ONG's, por lo general, se le delega a la profesión las labores relacionadas con la atención a la familia y el desarrollo de los procesos con ésta; vinculándose -principalmente- con la "intervención" familiar desde un plano socio-educativo (escuelas para padres o madres, o sesiones grupales), sin embargo, también se asumen procedimientos terapéuticos, como la Terapia Familiar Sistémica⁵³ pese a que no se cuente con la especialización en esta modalidad y ésta haya sido fuertemente criticada.

A nivel internacional se ha determinado que una forma efectiva de trabajo con las familias es la Terapia Familiar Sistémica. Yo tengo una posición diferente con ese tipo de tratamiento, sin embargo, aquí se visualiza mucho TS con familias. La familia es un actor social pero no es el único, tenemos

⁵³ Según Minuchin (1992) en Molina y Romero (2001), las corrientes predominantes en Estados Unidos en terapia familiar son: la tradicional, la existencial y la estructural sistémica. En esta última se plantea que la o el terapeuta se asocia con la familia (contemplada como un sistema) con el objetivo de cambiar la organización de ésta para que se produzcan los cambios necesarios con base en "parámetros fundamentales" para su "correcto" funcionamiento.

que abordar más redes familiares, comunales gestión local, entre otras (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

El asumir dicha modalidad de trabajo permite visualizar que la autonomía profesional en estos espacios laborales se torna relativa, en virtud de que median en su accionar las políticas y los reglamentos institucionales, además, se denota la influencia de los organismos internacionales, quienes marcan la direccionalidad del abordaje con las familias.

Se rescata la importancia de la familia como un agente socializador, aunado a ella, se encuentran los grupos pares, la escuela, los medios de comunicación, entre otros. Éstos participan en la constitución de la identidad de la o el adolescente, y como se mencionó, pueden convertirse en promotores de la utilización de drogas, en razón de que la cercanía con personas asociadas con la producción, la distribución y/o el consumo puede incidir en el uso de la sustancia; al percibirlo como un “hábito normal o natural” entre sus familiares, amigos(as), vecinos(as), iniciaría en el consumo de aquellas drogas permitidas socialmente (alcohol y tabaco).

En las instituciones gubernamentales, la ejecución de los procesos se realiza mediante interconsultas o reuniones del equipo de trabajo, en las cuales participan profesionales en Medicina, Trabajo Social, Psicología, entre otras. En el desarrollo de las reuniones, la o el trabajador(a) social podría plantear modificaciones argumentadas en cuanto al trabajo con los(as) adolescentes o bien, incidir en el traspaso de la o el joven a otra institución u organización; pese a que jerárquicamente en el sector salud, los(as) profesionales en Medicina se posicionan y/o gozan de supremacía, Trabajo Social posee la capacidad teórica-reflexiva para plantear su criterio profesional - tal es el caso de los procesos efectuados como parte del PNH-.

Tal abordaje interdisciplinario permite que se generen aportes desde las distintas profesiones, en este sentido, el que Trabajo Social se encuentre posicionado en los procesos de atención de la farmacodependencia incidiría en que sea tratada, no sólo desde el aspecto biológico, sino también que se efectúe el análisis de las condiciones socioeconómicas de cada adolescente, de ese modo, trascendiendo al estudio de los factores que inciden en el consumo y la dependencia.

La duración de los programas y proyectos determina la labor que podría desempeñar la o el profesional, por ejemplo, para el cumplimiento del objetivo del PNH se plantea un período aproximado de treinta días (proceso de desintoxicación), sin embargo, Ovares (comunicación personal, 2 de octubre del 2012) señala que si contara con más tiempo podría efectuar procesos que trasciendan las acciones de carácter inmediateista y de contención. Conjuntamente, el servicio cuenta únicamente con una trabajadora social, quien lo asume solamente medio tiempo (dividiendo sus procesos entre este pabellón y el de Cuidados Mentales).

Aunado a esa respuesta inmediateista, en el caso particular del DAI⁵⁴ y los servicios de la CCSS, la profesión reduce su participación a la contención y a la estabilización de los(as) adolescentes, posterior a ello, se efectúa una referencia al IAFA u otra institución para que asuma el proceso con la o el joven - característico de la fragmentación de la política-.

Como se mencionó, la mayoría de programas direccionados a la atención de esta población son recientes, en Hogares CREA se da la apertura de espacios laborales para Trabajo Social en el año 2011. Por lo que la profesión se encuentra

⁵⁴ En relación con el DAI, sólo se realiza un reporte de la situación de emergencia y se traslada a la oficina local correspondiente, en la cual la o el Trabajador(a) Social asume el caso.

en un proceso de reconocimiento y estabilidad, y su incorporación no figuró como iniciativa de CREA sino porque se le exigió como un requisito por parte del Estado, concretamente del IAFA y el PANI.

En las ONG's se cuenta con los servicios profesionales de una trabajadora social, recargando sus funciones y restándole importancia al proceso de seguimiento. Conjuntamente a esa limitación, en Comunidad Encuentro se viola el requisito de que estas organizaciones deben contar con al menos un(a) profesional, esto debido a que la Asociación no lo(a) posee.

Las profesionales entrevistadas -que laboran en las ONG's- señalan dentro de las limitaciones el efectuar los procesos de atención con numerosas privaciones, lo que reduce la efectividad y la calidad de sus labores. Aunado a ello, se contempla una escasa asignación de presupuesto estatal para éstas, por tanto, se evidencia una contradicción en el sentido de que "Se está delegando este tipo de atención a ONG's y no se fortalece la parte del Estado. Son muchas situaciones a nivel de Estado, de contexto, de política, de economía que no permite un tratamiento integral para esta población" (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

En razón del marco filosófico y la ideología de las ONG's, se prioriza el papel de los(as) "reeducados(as)" por encima de la labor profesional de Psicología o Trabajo Social. En otras palabras, se maneja la visión de que sólo quien se haya "recuperado(a)" de una dependencia, logra comprender la situación de otro(a) farmacodependiente; fundamentándose en que los(as) residentes que han concluido -o están por hacerlo- su proceso de "recuperación" impartan las terapias a sus compañeros(as). Creándose comités de residentes, quienes se encargan de las decisiones importantes y de la administración del grupo; de ahí la necesidad de

que la profesión se legitime en estos espacios laborales en virtud de la protección de los derechos de la población que se atiende en estas organizaciones.

Es posible señalar que uno de los retos que se le plantea a la profesión resulta el asumir funciones que exceden las estipuladas y/o contempladas en los protocolos institucionales, sumado a la importancia de tener conocimiento en la temática, así como en asuntos legales (manejo de leyes penales, en razón de que la mayoría de la población transita por procesos judiciales).

La profesional del PNH, Ovares (comunicación personal, 2 de octubre del 2012), expresa que sus labores se encuentran mediadas por la saturación de trabajo⁵⁵, debido a que es la única encargada del Programa y que en la actualidad (junio 2012) atiende a los(as) 18 adolescentes. Saturación característica de la sociedad neoliberal actual, en la que el trabajo profesional se torna polifuncional, dificultando el efectuar procesos de seguimiento con los(as) adolescentes y por ende, se suele traspasar el expediente a un(a) profesional de otra institución, sin dársele -en la mayoría de los casos- respuesta a la condición de la o el joven, lo que se presenta como un claro ejemplo de la violación de sus derechos (en virtud de que su condición no es abordada integralmente y se fragmenta tanto el proceso de atención como sus derechos, sin prever, una vez concluido el tratamiento, las condiciones para su desarrollo tales como: medios materiales, acceso a una vivienda y a la continuidad de sus estudios, entre otros); aspecto que puede escapar a las posibilidades de la o el profesional, debido a que se reconoce la existencia de mediaciones que determinan sus labores.

⁵⁵ Aunado a eso, se plantea que “Me parece que TS está muy limitado tanto por la demanda, TS es más trabajar hacia fuera pero muchas veces se tienen que quedar en problemas conductuales por situaciones al interno del Centro” (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

La reducción en la inversión social afecta, a su vez, los espacios laborales, debido a que no fue posible localizar un departamento específico para la o el profesional ni un espacio idóneo y óptimo para el desarrollo de las sesiones individuales con los(as) adolescentes.

Con respecto a la temática de derechos se plantea como parte de la terapia (no figura como un eje transversal de todas las acciones), no obstante, sería trascendental que fuera Trabajo Social quien impartiera esa sesión en las ONG's, esto debido a que se podría incorporar una forma distinta de leer la realidad de los(as) adolescentes y, darles a conocer herramientas que propicien la defensa y protección de sus derechos.

Esto último representaría una forma de que el accionar profesional contribuya a la protección de los derechos, la cual resulta posible y efectiva en tanto la o el trabajador(a) social posea claridad teórico-metodológica y oriente sus procesos de trabajo en pro de la construcción de sociedades más equitativas y justas.

Otra manera de incidir sería desde el diseño de la política, sin embargo, el ICD no cuenta con servicios profesionales en Trabajo Social, aspecto que se torna preocupante al considerar que constituye el ente encargado de la elaboración del Plan Nacional de Drogas, desvinculándose a la profesión del plano de la formulación y reduciendo su participación a la operacionalización de la política. Por lo que resulta pertinente analizar la contribución del quehacer cotidiano de la profesión a la exigibilidad y garantía de los derechos de los(as) adolescentes en farmacodependencia.

6.2 Incidencia del quehacer profesional en la protección y la restitución de los derechos de esta población

El apartado aborda, en primera instancia, aquellos aspectos evidenciados desde los diferentes programas que, según el criterio de las profesionales consultadas, lesionan los derechos de la población que atienden. Posteriormente, se describen las acciones que éstas consideran que aportan a la protección de los derechos, desde su quehacer profesional. Por último, se analiza o profundiza la labor que ejerce o debería ejercer Trabajo Social ante la garantía, defensa y exigibilidad de los derechos.

La defensa y exigibilidad de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia constituye uno de los aspectos y/o componentes que debería direccionar la actuación de Trabajo Social; una forma de hacerlo efectivo es mediante su quehacer cotidiano, el cual requiere que los(as) profesionales posean un posicionamiento y una comprensión clara sobre los derechos, permitiéndoles actuar acorde con ello.

Producto de las entrevistas realizadas, resulta posible argumentar que la defensa y restitución de los derechos de dicha población se plantea en el plano formal, desde una normativa que obliga a los actores involucrados a abordarlo. Las profesionales del Centro del IAFA apuntan que al insertarse en una institución estatal que desarrolla procesos con PME, deben orientar su accionar bajo un enfoque de derechos, "(...) lo que se haga y no se haga se debe fundamentar bajo este enfoque, siempre basarse en eso, orientarlos por si no lo saben y analizar si va a favorecer a la PME" (Sánchez, C., comunicación personal, 4 de octubre del 2012). De igual manera, se deben amparar bajo lo estipulado en el Código de Niñez y Adolescencia, específicamente en lo referente al interés superior.

Granados (2012) señala que dicho interés refiere a “tomar en consideración cuál de los derechos (salud, educación, entre otros) resulta „prioritario” ante otro y así se acoge a uno o al otro” (comunicación personal, 27 de setiembre del 2012), es decir, lo que la profesional y/o el equipo tratante considere “más pertinente” en el momento determinado, aspecto que en parte responde a las características propias de los servicios sociales, producto de las condiciones de reducción de presupuesto, aumento de la demanda, entre otros. Sin embargo, no se puede obviar que ningún derecho puede estar por encima de otro (no son jerarquizables), por el contrario, debe verse a la persona en su integralidad.

Ante esto, la profesional acota que existe una contradicción latente -incluso a nivel de legislación-, ya que si bien el brindar un servicio de tratamiento constituye un derecho, se puede caer en el incumplimiento de otros, por ejemplo, en el caso de que la o el adolescente no quiera permanecer en el Centro, se estaría violentando su derecho a la libertad. No obstante, entra en debate el tema de la autonomía de los(as) adolescentes, debido a que al ser personas menores de edad se deben mantener en el tratamiento bajo obligación (incluso por mandato legal), a menos que sus encargados(as) determinen lo contrario.

A su vez, el considerar que un servicio o programa -por sí solo- representa el mayor garante de derechos, incide en que no se apele a sus limitaciones y se nieguen así posibles espacios de ruptura, lo cual se puede relacionar con la naturalización, producto de que las profesionales se encuentren inmersas en la cotidianidad institucional, y no se efectúen lecturas sobre las mediaciones que les permitan trascender en su visión y en los procesos que llevan a cabo.

Otros de los aspectos señalados por las entrevistadas, y que a su criterio se constituyen en elementos que lesionan o violentan los derechos de la población

atendida, tiene que ver con los recursos (profesionales, de infraestructura, entre otros) asignados a nivel institucional u organizacional.

El no contar con espacios adecuados para el ejercicio de sus labores fue un punto abordado por las profesionales de las instancias estatales. En el caso del Centro para Menores del IAFA, se refieren a que al ubicarse en instalaciones que anteriormente fueron del MJP, y cuya forma se asemeja a la de los centros penitenciarios. Situación en la que no sólo incide el aislamiento o la privación de la libertad -considerando que son requeridas en las primeras fases del proceso de desintoxicación que necesita la o el adolescente de manera inmediata- sino también las condiciones inadecuadas para su desarrollo (dependiendo de sus particularidades), y más aún si se toma en consideración que no toda la población atendida se encuentra en conflicto con la Ley Penal Juvenil.

Aunado a las deficiencias en la infraestructura, se plantea la poca capacidad que poseen los centros de atención estatales. Cada programa requiere un tiempo y espacio para cada adolescente, el cual -en la mayoría de las ocasiones- resulta insuficiente. Las profesionales aluden a las particularidades de cada uno(a) y señalan la complejidad de que un(a) adolescente que esté por concluir el tiempo estimado para su internamiento, no se encuentre preparado(a) para egresar; tal situación amerita que se busquen opciones para su protección, sin embargo, institucionalmente no existe gran apertura y se recurre a obedecer los protocolos establecidos. Por tanto, al no brindárseles un servicio acorde con sus características, se incurre en un irrespeto a sus derechos.

Ovares (2012) apunta a que las escasas opciones de tratamiento podrían vincularse con la subestimación de la cual es víctima la población adolescente en condición de farmacodependencia, lo que se ha reflejado en la poca asignación de recursos para su atención. Esto podría relacionarse con el hecho de ser una

población altamente estigmatizada, no sólo por su condición de farmacodependencia, sino además por ser adolescentes, lo cual se acentúa en una sociedad capitalista y patriarcal, en donde el adultocentrismo se encuentra presente e imperante.

La población adolescente ha sido considerada como un grupo etario “incapaz” de tomar decisiones, lo cual incide en que no se les retome sus opiniones, por lo que los espacios de participación son nulos (de ese modo, se viola la visión de sujeto de derechos). En tanto,

No existe ese espacio, al ser un medio de chicos(as) intoxicados(as) hay como una subestimación de su condición, no se les da el espacio para que expresen sus derechos, muchas veces sus derechos se les lesionan, los chicos(as) que se atreven a decir algo son catalogados(as) como malcriados(as), tratando ellos(as) de ser asertivos, el entorno no permite la asertividad de los(as) muchachos(as) sino que es represor (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

De manera que el no contar con espacios de participación como parte de los programas -los cuales les permitan expresar sus sentimientos, presentar nuevas demandas y exponer sus necesidades, inquietudes e incidir en las decisiones- se constituye en una lesión a los derechos, razón por la cual, los(as) profesionales -movidos(as) por su compromiso ético- deben incidir en la anulación y, la trascendencia de estos juicios de valor y estereotipos sociales, que acompañan y limitan su trabajo.

En el caso de las ONG's, lo que se propone son “momentos de participación” direccionados únicamente a señalar aspectos o necesidades enfocadas al programa. Particularmente en Hogares CREA, la profesional expone

que “ellos tienen espacio para expresar sus sentimientos, cómo se sienten dentro, si tienen necesidades de vestimenta o artículos personales, si tienen algún problema con un líder u otro compañero” (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012). Sin embargo, estos espacios no sólo tienen limitaciones en cuanto a lo que pueden o deben expresar, sino que además son dirigidos por figuras de autoridad, mismas que de una u otra manera cohiben a los(as) adolescentes para dar sus opiniones o demandar.

Ante este panorama institucional y organizacional, las entrevistadas plantean cómo su trabajo profesional incide en la protección de los derechos. Por su parte, la profesional del PNH argumenta que una forma de garantizar los derechos, lo constituye el trabajar con las familias en “tratar de devolverles a los padres la responsabilidades que tienen, a través de labores socio-educativas, de contención y terapéuticas” (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012), esto sin dejar de lado las particularidades de cada familia, de manera que esa devolución se adecúe a cada realidad e incida positivamente en el proceso de la o el adolescente.

Otra de las áreas que se trabaja desde el nivel familiar es el considerar las posibilidades que poseen los(as) adolescentes de permanecer junto con sus familias; al abordar procesos vinculados con la farmacodependencia se torna fundamental conocer y estudiar los distintos factores que determinan el consumo, en razón de que si bien la permanencia o sus visitas constituye uno de sus derechos, en ocasiones esto resulta perjudicial y contraproducente, e incluso, propicia la recurrente violación de sus derechos.

Ellos tienen derecho a estar con su familia, pero si su familia no es apta, se le tienen que brindar otras condiciones, entonces uno a veces tiene que hacer una recomendación para que se institucionalice, porque no hay

recurso familiar, porque la familia no cumple los requisitos, a veces es la propia mamá la que la tiene en explotación sexual, a veces es el papá el que distribuye, entonces es más que todo hacer ese análisis lo más crítico posible y vinculado a este interés de qué es lo mejor para el muchacho (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Es importante retomar el trabajo con las familias como actor trascendental - en las visitas, participación en los grupos terapéuticos, entre otros-, no obstante, se debe considerar y proceder de una manera distinta con aquellas personas que no cuentan con este recurso, ya que se podría anular y/o negar opciones y conllevar a un retroceso que perjudique a la o el adolescente.

Referente a las profesionales pertenecientes a las ONG's, expresan que su aporte a la garantía de los derechos de los(as) adolescentes se orienta a propiciar el acceso a servicios de salud, educación y justicia (acompañamiento en procesos legales), por lo que realizan coordinaciones con EBAIS, Clínicas, PANI, programas e instituciones educativas (en Hogares CREA y RENACER), entre otras instancias. Según lo expuesto por una entrevistada,

Tenemos convenios con los EBAIS cercanos y a raíz de esto, la atención es preferencial, hay un convenio entre la CCSS y el PANI, eso hace que ellos tengan un acceso a la salud (en cuanto a lo mínimo que se espera): citas en odontología periódicamente, medicina general, cuando se necesita atención especializada se puede cubrir con dinero del PANI y se saca cita por aparte con el especialista que requiera (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012).

En lo que concierne al derecho a la educación, se expone que se garantiza por medio de la incorporación obligatoria desde el programa a la escuela abierta o

telesecundaria o alguna otra modalidad educativa, en el particular de Hogares CREA, "(...) tenemos cubierto un 70% de la población" (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012). En relación con los procesos judiciales, se les brinda acompañamiento, así como la asistencia a juicios y asesoría referente a los aspectos legales.

A raíz de las entrevistas realizadas, se denota que los criterios dados por las profesionales hacen mayor referencia a acciones concretas desarrolladas desde su cotidianidad, buscando garantizar los derechos según cada caso y momento específico a lo largo del tratamiento. Lo anterior, evidencia que el tema de los derechos no se concibe como un eje transversal de los procesos de trabajo, en razón de que el accionar se limita a considerar una breve referencia a éstos dentro de sus informes.

Así mismo, se vislumbran de forma fragmentada y aislada, señalando que - en la mayoría de los casos- su cumplimiento se da por medio del acceso a ciertos derechos (mencionando comúnmente la salud, la educación, las necesidades básicas, el acompañamiento legal, entre otros). Si bien estos derechos deben ser garantizados, existen otros dentro de los programas que requieren fortalecerse.

Los derechos no pueden ser analizados de manera aislada, deben estar presentes transversalmente y ser efectivos durante todo el proceso de atención a la población. Aunque se reconoce que su garantía no es una labor única y exclusiva de Trabajo Social, se amerita un abordaje y una lectura crítica de manera que la o el profesional tenga bases sólidas para poder fundamentar sus decisiones, y le permita trascender las acciones inmediatistas buscando potenciar la apertura de espacios para realizar rupturas en pro de su exigibilidad.

Es a través del fundamento teórico metodológico y su compromiso que resulta posible posicionarse; los procesos que se asumen con los(as) adolescentes farmacodependientes son abordados por distintos profesionales, por lo que se debe poseer claridad teórica y direccionalidad ética que les permita fortalecer sus propuestas. Se rescata la promoción de los derechos que pueda desempeñar la o el profesional desde el espacio laboral, “Trabajo Social además de respetar los derechos debe darles divulgación, somos profesiones muy diferentes, la promoción no sólo de nosotros hacia ellos sino a nivel de grupo” (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Resulta trascendental el informar a la población así como las familias, sobre los derechos que poseen a lo largo de todo el tratamiento, ya sea en las sesiones grupales o individuales, lo cual se traduce en un abordaje integral de la persona. Aunado a ello, es importante vincular otros aspectos centrales para el análisis del quehacer profesional y los derechos, como es el caso del género, enfoque que no debe desligarse ni dejar de contemplarse -primordialmente- para aquellas organizaciones o instituciones que trabajan directamente con población femenina, como es el caso de RENACER, lo cual constituye un aporte a la comprensión efectiva sobre la temática.

Se torna indispensable valerse de “herramientas” que permitan ampliar el criterio sobre los derechos, así como de aquellos instrumentos jurídicos que colocan las responsabilidades que se le atañen al Estado, más aún cuando a pesar de que desde el plano formal (Código de Niñez y Adolescencia y demás legislaciones) se le estipulen deberes, en la práctica no se cumplen a cabalidad, siendo trascendental que se busque exigir el cumplimiento de estas obligaciones; Granados (2012) apunta que el conocimiento del acervo legal permite hacer denuncias bien encausadas, en aras de la exigibilidad de los derechos desde las instituciones.

Otra forma de hacer efectiva su garantía, es por medio de la constante evaluación de los programas, la incidencia en la reelaboración de los instrumentos, la investigación y el estudio de diversas áreas en las que la profesión se vincula como es la farmacodependencia; éstas representan maneras de contribuir a generar procesos de trabajo más efectivos.

Una vez esbozado el quehacer profesional, así como su incidencia en la protección de los derechos de esta población, se plantean los dilemas y los desafíos que se le presentan a Trabajo Social, para de ese modo, ser profesionales propositivos(as) al señalar posibles espacios de ruptura, orientados a la garantía y cumplimiento de los derechos de las poblaciones con quienes se trabaja.

6.3 Dilemas y Desafíos

Al recuperar el trabajo profesional de Trabajo Social en el plano de la ejecución de la política y la forma en que se incide en la protección de derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia desde los diferentes programas de atención, se identifica una serie de dilemas y desafíos que se les presentan a los(as) profesionales en su quehacer cotidiano; a partir de esto, las entrevistadas señalan aquellos espacios de ruptura en los que puede incidir Trabajo Social.

A grandes rasgos, los dilemas y desafíos se plantearon desde diversos ámbitos, colocados -principalmente- en relación con: el Estado, la institución u organización, el programa, el quehacer de Trabajo Social así como su vinculación con otras profesiones, y el trabajo con la población adolescente en

farmacodependencia. Se condensan y analizan los puntos de mayor relevancia aportados por las entrevistadas.

Britos et al. (2006), colocan que un dilema se produce cuando aparece un argumento formado por dos proposiciones contrarias, “en términos de razonamiento ético, podemos decir que el dilema se presenta ante la elección, en vistas de la acción, frente a dos alternativas diferentes igualmente inadecuadas” (p.14). Estas alternativas pueden encontrarse en tres niveles, a saber: de los principios de los que se parte, de los fines que se quiere alcanzar, o de los medios a poner en práctica para lograr un fin.

Los dilemas, por ende, surgen de un contexto que tiene causas políticas y sociales en el cual se insertan las instituciones y organizaciones en las que se coloca Trabajo Social, es decir, en el caso de Costa Rica, una lógica económica y política de corte neoliberal, caracterizada por una oferta limitada de servicios sociales para la población, producto de la reducción de la intervención estatal y la contracción del gasto público.

Así mismo, los(as) autores(as) identifican la contradicción y el conflicto. Las contradicciones se encuentran cuando “dos afirmaciones o argumentos se oponen y recíprocamente se destruyen” (Britos et al., 2006, p.14), por ejemplo, cuando se dan diferentes concepciones sobre la profesión en una institución, o bien, en los códigos que regulan su quehacer, así como entre los diferentes paradigmas éticos teóricos o prácticos. Una contradicción puede pasar a conflicto cuando se confrontan dos visiones diferentes desde distintos puntos de vista de actores, ya sea entre la o el profesional frente al colectivo, las autoridades, la institución o frente a otro(a) profesional. Por tanto, los(as) autores(as) señalan que la contradicción se encuentra inmersa en los conflictos y en los dilemas éticos, y por ende, su reflexión se torna fundamental.

El accionar de las instituciones se condiciona por los recursos que el Estado y los gobiernos le asignan para formular, ejecutar y/o evaluar proyectos y programas que respondan a las necesidades de una determinada población, evidenciándose en la orientación que toma la política a nivel institucional. En este sentido, las mediaciones -colocadas desde este campo complejo y contradictorio- permean directa o indirectamente los procesos de trabajo que llevan a cabo los(as) profesionales.

Por lo que no se debe aislar de la reflexión la importancia de una posición teórico-crítica, recuperando los ligámenes de las políticas a la estructura política, económica y social de la sociedad capitalista actual. Esto implica analizar y comprender la ubicación de la profesión en la división socio-técnica del trabajo, con limitadas condiciones laborales y salariales para los(as) trabajadores(as), lo cual coloca a Trabajo Social inmerso en la contradicción de trabajar para instituciones estatales bajo dichas condiciones y a su vez, dar respuesta a las poblaciones sujetas de atención.

Vinculada con esa contradicción, Iamamoto (1984) señala que la actuación se encuentra polarizada por los intereses de clase, con la tendencia a ser cooptada por quienes tienen una posición dominante, reproduciendo intereses contrapuestos que conviven en tensión. Bajo este panorama contextual, se le presenta a la o el profesional en su diario accionar dilemas ético-políticos, contradicciones y conflictos, los cuales, según Britos et al. (2006), son parte de su quehacer cotidiano sin importar las características de la institución donde labore, ya que median principios, valores, moral, diferentes perspectivas y juicios de valor, que van a transversalizar los procesos de trabajo.

En concordancia con este panorama, la profesión de Trabajo Social se inserta y/o visualiza como mediadora dentro de la respuesta estatal para los(as)

adolescentes en farmacodependencia, que a su vez se enfrenta ante un número de limitaciones, evidenciándose en la falta de capacidad de los servicios para lograr atender a esta población en aumento, tal como señala una entrevistada “(...) hay que tomar conciencia de que el aumento de adolescentes que se vinculan a la „adicción” es considerable, es muy grande. Ahora los chicos están empezando a consumir drogas en sexto grado, en la primaria” (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

Relacionada con esa respuesta, las entrevistadas orientaron los dilemas que se les presenta en su labor profesional, desde las acciones que el Estado ha llevado (o no) a cabo. Una de las críticas a nivel estatal, según Ovares (comunicación personal, 2 de octubre del 2012), es la carencia de programas de prevención del IAFA dirigidos a las personas menores de edad acordes con las características propias de esta población y brindando información veraz sobre el consumo, ya que señala que “el sector salud no abarca de forma adecuada a esta población, hay que cambiar el paradigma porque las „adicciones” es un problema de salud pública”.

Por otra parte, la limitante de recursos y servicios se traduce en una violación directa a los derechos, por ejemplo, al no recibir una atención especializada por parte del Estado, según se establece en la diversa normativa; desprotegiendo a la población adolescente en farmacodependencia.

Conforme se da la reducción de la oferta de servicios, se visualizan complicaciones a las que se enfrentan las personas para acceder a éstos. Como se acotó, la fase de desintoxicación se realiza únicamente en el HNP, y con un cupo bastante limitado, por lo que dicha fase “debería existir en todos los Hospitales Nacionales, no puede ser que a nivel nacional con el aumento de la enfermedad adictiva haya sólo un centro” (Ovares, V., comunicación personal, 2

de octubre del 2012). Una de las profesionales del Centro de Menores del IAFA concuerda con tal argumento, aludiendo a que:

Para la recuperación hay tres fases: desintoxicación, tratamiento y reincorporación, y la adaptación, y esta tercera fase es la que a nivel estatal no existe. Tenemos que acudir a ONG's que no están obligadas a dar atención o alguna otra alternativa. Necesitamos una tercera fase de tiempo más prolongado que les de herramientas más reales para volver a incorporarse a la sociedad. Que digo con herramientas más reales, ya que no sea que busquemos ayuda del INA sino que ahí mismo se den posibilidades ocupacionales, que no sólo educación abierta sino que ahí mismo se le puedan dar clases, que salgan con más herramientas no sólo emocionales o sociales para poder mantenerse en abstinencia (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Tal postura remite a la importancia de brindar un servicio social integral, el cual busque la garantía de los derechos y no únicamente asociar el éxito del programa con la ausencia del consumo, contemplando las condiciones reales de desarrollo posteriores al internamiento. Sin embargo, esto se contrapone con la visión de Sánchez (2012), quien señala que el Estado sí cuenta con los servicios, y éstos representan alternativas viables y de calidad para tratar a la población adolescente,

El Estado le ofrece varios programas eso es bueno, porque siempre les brinda un servicio, IAFA siempre tiene un programa a ofrecer, nunca les va a cerrar las puertas. [...] es un excelente servicio que les puede cambiar la vida (Sánchez, C., comunicación personal, 4 de octubre del 2012).

Relacionado con cada institución u organización, las entrevistadas destacan la limitante de los recursos (principalmente en infraestructura) como uno de los principales retos, en razón de que las profesionales cuentan con espacios incómodos, inadecuados y reducidos para el desarrollo de sus labores.

Tal situación plantea el desafío de brindar -ante la constante demanda- una atención de calidad y acorde con las particularidades, a su vez, exigiendo condiciones para tener un espacio físico de trabajo, éste es el caso del Centro de Menores,

(...) nosotras no tenemos oficina, ésta era un cuarto. A veces tenemos que atender a las familias en la cancha, esta oficina la compartimos dos trabajadoras sociales, era un cuarto del que nos adueñamos y dijimos si no nos dan esto no trabajamos (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Esta afirmación demuestra que -en la mayoría de ocasiones- se debe partir de estrategias a nivel personal y profesional para exigir mejores condiciones que contribuyan a efectuar procesos más efectivos, se concuerda con Britos et al. (2006) quienes plantean que “para enfrentar conflictos dentro de la misma institución, la resolución de la situación parece venir de los recursos y estrategias de la misma profesión: ‘tener creatividad’” (p.21).

Los obstáculos físicos afectan no sólo la labor profesional sino el servicio y el proceso de tratamiento que llevan los(as) adolescentes. Los centros estatales poseen pocas camas, lo que repercute en que los ingresos sean restringidos. Sus estructuras son pequeñas, sin espacios para la recreación, en comparación con las instalaciones con las que cuentan las ONG´s. La entrevistada del Centro para Menores señala al respecto:

(...) la población es diferente, son adolescentes, no hay áreas verdes y no es terapéutico tenerlos en condiciones así, y eso se sale de las manos no sólo de TS si no del equipo [...] estar ahí encerradas todo el día, salir una o dos horas a cancha por más juegos o dinámica que sea la charla, no es terapéutico. Es algo muy frío, no tan acogedor como una casa (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Aunada a esa deficiencia, se torna en un dilema para las profesionales, que por la insuficiencia de los servicios para la creciente demanda existente, los programas deben acortar los tiempos del tratamiento para lograr dar a basto con las personas que esperan un servicio, poniendo en riesgo su integridad. En tanto,

A muchos de estos chicos a veces hay que reducirles el tratamiento porque ya atrás la fila es inmensa y se tienen a chicos en emergencias, haciendo tiempo para que quede un campo para entrar al Programa. No se cubre la demanda de la población adictiva en el país, no se cubre ni una cuarta parte, el problema que tenemos a veces es que los adolescentes que están en emergencias están con adultos y corren riesgo de un abuso o una agresión (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

La profesional señala que la duración del PNH es corta, y no todos(as) los(as) adolescentes “interiorizan” el proceso de la misma manera, y el tener que acortar tiempos (que de por sí son mínimos), constituye una lesión directa a los derechos de la población,

Treinta días en algunos(as) jóvenes es muy poco tiempo, no todos los adolescentes maduran ni crecen igual, a todos los metieron en la misma banda y no todos están en la misma banda, habrán unos que necesitan más tiempo para desintoxicarse y adherirse al tratamiento. Si tiene que

haber un estándar mínimo de tiempo, cuando se envían sin haber cumplido los treinta días se está lesionando sus derechos y su capacidad de adherirse al tratamiento (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

Al respecto, la profesional del Centro del IAFA plantea que:

(...) están tres meses aquí porque básicamente los objetivos es estabilizarla tanto a la muchacha y su familia, detectar factores de riesgo, factores protectores, y empezar a determinar estrategias de prevención de recaída. Cuando egresa tiene seis meses más de tratamiento para seguir monitoreando o dando recomendaciones, o seguir trabajando algunas cosas que no se dieron. Pero estamos totalmente de acuerdo que tres meses no son suficientes [...] se pretende a nivel de jefaturas o de Estado que en tres meses Trabajo Social resuelva toda su situación contextual, Psicología toda su situación emocional y los chicos salgan como nuevos y no es posible (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Aunado al dilema de la reducción de tiempos de los procesos de tratamiento ante la constante y creciente demanda de los servicios (especialmente en los programas estatales), las entrevistadas señalan como gran limitante la insuficiente contratación de profesionales en Trabajo Social, lo cual conlleva a una recarga en las funciones que les son delegadas, viéndose afectada la atención a los(as) adolescentes. En ese sentido:

(...) debería haber un(a) profesional de tiempo completo en el programa. Ese programa cuando se abrió, se abrió con una plaza explícita para Trabajo Social, la cual las jefaturas consideraron que no era necesaria, y se

utilizó para cubrir otro servicio dentro del mismo hospital, y dejaron este servicio desprotegido o sin el recurso (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

Lo anterior, se identifica como conflicto con la institución, lo cual responde a un aspecto de gestión que media en la operacionalización de la política. Situación que no discrepa con lo acotado por la profesional de RENACER, quien afirma que “El primer desafío que tenemos es que si se ocupa otra Trabajadora Social. La directriz es que por cada veinte muchachas debe haber un profesional, un desafío institucional sería la contratación de otro profesional” (Guardado, Y., comunicación personal, 10 de octubre del 2012).

Para ambos casos se infiere que a pesar de que formalmente se encuentra establecida la participación de la profesión, ésta no ha logrado posicionarse ni legitimarse en los servicios de atención para la población adolescente en farmacodependencia.

Ante esto, cabe resaltar la situación que se vive en las ONG’s, específicamente en Hogares CREA y Comunidad Encuentro, en las que -según se constata en la investigación realizada-, en el modelo de tratamiento tiene un peso sustancial la labor de los(as) “reeducados(as)”, dejando relegadas las funciones de los(as) profesionales (enfocándose primordialmente a los procesos de valoración de ingreso y egreso al programa, y no a tener una labor más consolidada en la atención directa durante el tratamiento). Por lo que ha representado un conflicto, y a su vez, un reto para Trabajo Social lograr abrir y legitimar el espacio profesional, y de ese modo contribuir a modificar la visión del tratamiento.

Sumado a esa deslegitimación, se contempla que la inserción de Trabajo Social en estos programas ha sido relativamente novedosa, lo cual incide en que la profesión se encuentre en un proceso de aprehensión del espacio laboral y de los procesos que se efectúan como parte de éste.

Para el caso del Centro de Menores, el protocolo de “intervención” profesional se encuentra en constante construcción debido a que éste comienza sus funciones en el año 2009. Lo que torna en una oportunidad el tener modelos de atención profesional aún a “prueba”, incorporándose cambios con el transcurso del tiempo y, en los que la o el profesional podría influir y plantear modificaciones, sugerencias o recomendaciones de la forma de abordar los procesos de trabajo.

Referente al trabajo con la población, un desafío planteado por las entrevistadas es la especialización que se requiere para efectuar labores con adolescentes, aunada su condición de farmacodependencia y el considerar los factores que los(as) colocan en una posición vulnerable; lectura que permitiría trascender la visión culpabilizadora y moralista del consumo.

Se propone adecuar los tratamientos recuperando la complejidad en relación con las múltiples y diversas condiciones que presentan los(as) adolescentes. Esta especialización debe darse tanto a nivel personal como profesional y desde la academia, en virtud de que las profesionales fueron enfáticas al afirmar que es necesaria una:

Mayor especialización, saber qué es la enfermedad de la adicción, que en todos los trabajos se necesita, pero ustedes saben que Trabajo Social interviene en muchas áreas y necesitamos conocer toda esta parte psiquiátrica, médica, legal, lo que implica toda la legislación, tenemos que estar al tanto de todas las terapias psicológicas, de nuevas formas de

trabajo. El Centro se crea con muchas expectativas pero con un personal no capacitado y aquí la mayoría no viene de otros lugares en donde se trabaja adicción, vinimos a aprender aquí y sí ocupamos más especialización (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Lo anterior se vincula con lo planteado por la entrevistada de CREA al colocar que "(...) hay una carencia de personas que cumplan con un perfil profesional adecuado para trabajar con las poblaciones" (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012), destacando las "características" que un(a) profesional debería cumplir para laborar con dicha población. Además,

Hay que ser muy tolerante, ellos son muy demandantes, no respetan a nadie y nada, hay que aprender a no caer en el juego de poder, y hay que querer trabajar con adolescentes [...] también con adicción, porque es totalmente diferente. Es muy importante comprender y tolerar, las familias son muy enfermas, por eso se debe tener mucha paciencia (Sánchez, C., comunicación personal, 4 de octubre del 2012).

Cabe resaltar los planteamientos de Granados, quien afirma, que por la condición de "adicción" en donde cambia la química del cerebro, se eleva el grado de complejidad de la "intervención" con la población, razón por la cual: "por más social o por más participativo que queramos hacer el tratamiento, es una situación médica y, es una enfermedad mental y eso es muy complejo no sólo para Trabajo Social sino para todas las áreas" (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Esto se enfatiza en el PNH debido a que el tratamiento se basa en la modalidad de patología dual, lo cual amerita un mayor conocimiento por parte de

Trabajo Social de lo que esto implica (así como de aspectos psiquiátricos) y a su vez, remite a una mayor complejidad en los procedimientos que se establezcan para la o el adolescente. De ese modo,

(...) se empezó a trabajar con patología dual, chicos que están en el proceso de desintoxicación y que han desarrollado una enfermedad psiquiátrica [...]. Es la primera vez que en el programa se trabaja bajo esta modalidad, ya no es solo la parte de la droga sino que el usuario tiene una enfermedad mental, esto implica que como Trabajadora Social se tiene que conocer un poco la psiquiatría, para trabajar lo socio-terapéutico y socio-educativo con la familia (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

Las profesionales destacan que un desafío -al trabajar con población que poseen tales características- es lograr que se “adhieran” al programa, ya que en ocasiones se incorporan por presión familiar, obligación o por una medida de sanción; esto conduce a que la o el adolescente no “asuma el compromiso” para su cumplimiento,

El principal desafío es que ellos creen conciencia y un sentido al programa, es importante trabajar la independencia, que ellos están aquí por sí mismos [...] las ONG's tienen un porcentaje alto de abandono, esto porque hay muchos factores como la familia u otros, pero considero que en mayor medida porque el programa no tiene un tratamiento de “anclaje emocional” que les incite a querer continuar en el programa (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012).

En este sentido, Britos et al. (2006) plantean como dilema “la contradicción entre lo que el profesional considera „saludable y conveniente” y el deseo o

elección del usuario. Este deseo es señalado como el límite ético de la intervención profesional” (p.41). Sin embargo, se debe mencionar que al ser una población menor de edad, los egresos sólo pueden realizarse de manera formal (ya que en muchos casos se dan por fugas de los(as) adolescentes) si la o el encargado(a) lo solicita, de lo contrario el centro se encuentra en la obligación de mantenerlos(as) -como parte del interés superior establecido en el Código de Niñez y Adolescencia-.

Conjuntamente con el planteamiento de los desafíos y dilemas, surgen las propuestas de aspectos a fortalecer, tanto en los programas como en la labor profesional que desempeñan los(as) trabajadores(as) sociales. Recalcando que se deben consolidar las coordinaciones con otras instancias, para garantizar acceso a derechos durante y post el tratamiento brindado, por medio de la articulación y el trabajo en red, así como la búsqueda de otros actores; esto en razón de que en ocasiones el proceso se ve obstaculizado por la alta demanda de los servicios estatales y privados. Se torna interesante que las profesionales coinciden en que

No podemos quedarnos con el trabajo que se realiza aquí [...] Hay instituciones que trabajan muy bien diferentes temas, el WEM, el INAMU, Ser y Crecer, toda la coordinación, redes de apoyo, el trabajo interinstitucional con ONG´s y el gobierno, para brindar una alternativa un poquito más integral (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Una mejor comunicación con las oficinas locales, yo sé que el PANI pasa afectado por una cuestión de presupuesto. Otro desafío sería contar con otros actores, más que el PANI [...]. Fortalecer el trabajo en red, búsqueda de otros actores, búsqueda de otras oportunidades (Guardado, Y., comunicación personal, 10 de octubre del 2012).

Aunado a esa labor en red, se planteó la necesidad de mejorar el trabajo en equipo dentro de los programas en los que se insertan. Esto debido a que -en ocasiones- al no consultarse los procedimientos ejecutados por otros(as) profesionales se puede ver obstaculizado su accionar, generando el siguiente dilema,

(...) les colocan [a la o el adolescente] una medida correctiva de aislamiento impuesta por otro(a) profesional, entonces entras en la disyuntiva de que quiere hablar con la persona y ésta se encuentra en aislamiento, entonces usted no puede descalificar la autoridad del personal, esas cosas a veces pasan y no se la comunican a uno, limita el poco tiempo de servicio [...] el equipo que aborde el programa debe tener una misma línea de abordaje (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

Junto al fortalecimiento del trabajo en equipo, se apela a la legitimación, tanto del espacio laboral como de los procesos efectuados por las profesionales, en este sentido, “A nivel interno de la organización hay muchas cosas que fortalecer, en el trabajo entre profesionales y reeducados, se debe trabajar en cuanto a la coordinación, y todo lo que eso implica” (Vargas, K., comunicación oral, 3 de octubre del 2012). A su vez,

El trabajo en equipo es otro desafío, tener objetividad para defender su postura, aquí hay muchas otras profesiones y a veces nos dejamos colocar en desventaja, es saber que dice, cuando lo dice y porqué, capacidad de transmitir, darse a entender y así decir cuándo y por qué estoy de acuerdo o no. Aprender a definir su criterio frente a los demás (Sánchez, C., comunicación personal, 4 de octubre del 2012).

Trabajo Social debe buscar los medios para posicionarse sólidamente dentro de los procesos de toma de decisiones a lo interno de las coordinaciones que se dan en los programas. Como se mencionó, su participación ha sido relegada a funciones más operativas y desvinculándola de la formulación. De ese modo, el papel que adquiriera como profesión frente al equipo de trabajo así como con los diferentes actores con los que se realizan coordinaciones interinstitucionales u organizacionales, permite abrir espacios de consolidación y protagonismo. Britos et al. (2006) destacan la necesidad de

(...) esclarecer la función propia del Trabajo Social, acordar con otros profesionales sobre ciertos principios éticos, sobre estrategias y criterios técnicos; discutir las diversas visiones que se tienen sobre una problemática; transformar las herramientas propias y las de otras profesiones; involucrar a todos los actores en la búsqueda de alternativas para la resolución de un caso; integrar en programas a diferentes equipos, entre otros (p.43).

Otro de los actores que requiere mayor involucramiento, según las entrevistadas, lo constituye el recurso familiar, por lo que se reconoce la necesidad de trabajar más con éste, como una forma de fortalecer los posibles factores protectores en el momento de la “reinserción”, en este sentido, “En cuanto al tratamiento, muchísimo fortalecimiento al área de las familias, que hayan intervenciones más específicas, que por lo menos se intervengan tres veces no hasta la última fase” (Guardado, Y., comunicación personal, 10 de octubre del 2012). Aunado a ello, se plantea que

En el trabajo con la familia hay un desafío importante a la hora de la intervención, pues hay muchas familias que se vinculan pero si no existe una adecuada concientización el trabajo con la familia es complicado, pues

no se tiene realmente conciencia de lo que es la adicción y que significa ser una persona adicta, el tratamiento no es sólo del muchacho sino que la familia debe modificar muchas conductas (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012).

Referente a los procesos asumidos con las familias, una de las profesionales señala que Trabajo Social se ha relacionado con el abordaje de éstas desde la Terapia Familiar Sistémica (TFS), aspecto que, según su posicionamiento, requiere un cambio en la concepción que se tiene de la profesión en razón de que se vincula con la terapia y para eso es necesario un conocimiento más especializado:

El concepto de Trabajo Social se quiere vincular con la terapia, no digo que no tengan bases, porque repito a nivel de estudios se ha determinado que la TFS da resultados muy positivos para familias con algún miembro en adicción, eso no lo discuto. Sólo que a mí me parece que se debe cambiar la concepción de que Trabajo Social no es sólo eso, y que si se da esta terapia sea un profesional especializado que tenga la maestría y la capacitación adecuada, no por ser TS tiene que dar terapia (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Entrando en una disyuntiva entre lo que se le asigna a la profesión en contraposición con la capacitación que se posea como profesional para asumir esas labores; es un dilema en la medida en que por mandato debe acoger una función para la que no se sienta capacitada como única opción para mantener su trabajo, en tanto, se enfrenta al “dilema de aceptar o no las normas institucionales a cambio de la estabilidad laboral” (Britos et al., 2006, p.39).

Como parte de los aspectos a fortalecer dentro de los programas, se enfatizó en la necesidad de mejorar la etapa de seguimiento, debido a que ésta no puede llevarse a cabo de manera óptima en razón de diversos factores (como limitante en recursos para realizar visitas o la falta de profesionales ante la cantidad de egresos), en otras palabras, "(...) Se debería fortalecer el seguimiento en esa área, Trabajo Social debería estar bastante inmiscuida, presente; algo que se hacía antes, era la visita a las muchachas que ya habían egresado" (Guardado, Y., comunicación personal, 10 de octubre del 2012).

En el particular del Centro de Menores, el seguimiento está condicionado al procedimiento que continúe la o el adolescente, en tanto, si se trasladan a una ONG especializada en farmacodependencia, no se realiza esa etapa,

Nosotros si damos un seguimiento de seis meses. Si pasan a RENACER o CREA respetamos el tratamiento que ellos dan, no vienen aquí si van a una alternativa de tratamiento de adicción. Si van a un albergue de PANI o una ONG de adolescentes madres por ejemplo, si les brindamos el seguimiento. Depende de los casos, si a la ONG le queda muy complicado el traslado, hacen un plan, damos todas recomendaciones y ellos continúan (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Se resalta que las entrevistadas mencionan que -a pesar de que algunos de los programas sean relativamente nuevos o la incorporación de Trabajo Social sea reciente- resulta trascendental la realización de evaluaciones periódicas. Cabe destacar el planteamiento de las profesionales de Hogares CREA y de Nuevos Horizontes, quienes enfatizan en la importancia de que la profesión se involucre en el proceso de verificación de los tratamientos. Por lo que "Hay muchos aspectos que fortalecer como profesión dentro de CREA, la reestructuración de los

instrumentos y evaluaciones serían importantes” (Vargas, K., comunicación personal, 3 de octubre del 2012). Así mismo,

En el Hospital se trata de hacer una evaluación del Programa, una vez al año Trabajo Social en particular, para identificar debilidades y proponer soluciones a partir de ello. Muchas veces nosotras como trabajadoras sociales minimizamos o le restamos importancia a un programa como éste (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

De las profesionales consultadas, sólo la perteneciente al PNH afirmó que se realiza una evaluación del programa desde Trabajo Social, al considerar que es necesario valorar estos servicios para su constante mejora. Cabe acotar que los procesos evaluativos deberían constituirse en un elemento indispensable de las labores, esto con el fin de verificar la pertinencia de los programas.

Ovares (comunicación personal, 2 de octubre del 2012) apunta que se tiende a desestimar a la población adolescente por la creencia de que “no van a lograr realmente salir de la condición de farmacodependencia”. Esto amerita trascender los estereotipos como un desafío para la profesión, ya que por una visión errónea o descontextualizada, se ha tendido a dejar de lado su atención, razón por la cual se debe:

Romper con estereotipos, no son niños(as) de la calle sino que son niños(as) producto de la sociedad, producto de la disfunción familiar, de las patologías sociales. No hay en realidad políticas públicas en la materia, para abordarlo, ni siquiera se ha incorporado como un concepto de salud pública ni siquiera las autoridades [...] la visión debe cambiarse desde que son estudiantes, hay que evolucionar en la visión desde Trabajo Social (Ovares, V., comunicación personal, 2 de octubre del 2012).

El trascender esa concepción figura como una preocupación planteada por la profesional del Centro para Menores, al señalar como necesario “cambiar la percepción de la población, ya que la “adicción” está muy ligada a estereotipos, prejuicios, y eso dificulta bastante el trabajo” (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Una vez esbozados los principales dilemas, contradicciones, conflictos y desafíos que se le presentan a las profesionales en su accionar cotidiano, surge el cuestionamiento sobre desde dónde puede incidir Trabajo Social para efectuar rupturas que posibiliten la protección de los derechos de la población adolescente en farmacodependencia. Aspecto trascendental si se considera que como profesionales se deben buscar esos espacios para hacer propuestas que logren incorporar mejoras a los procesos de trabajo, tomando en cuenta que:

El trabajador social, como profesional, debe tomar decisiones dentro de un marco institucional. Esas decisiones no están exclusivamente regidas por las reglas técnicas de la institución. Siempre queda margen para la elección de un tipo de intervención o del medio a emplear en vistas del fin deseado (Britos et al., 2006, p. 13).

A grandes rasgos, destacan quienes afirman que las rupturas deben darse desde los ámbitos de toma de decisiones más a “nivel macro”, en razón de que los programas se encuentran mediados por las políticas que se dictan y que los centros de atención deben acoger. La profesional de RENACER expresa que -en ocasiones- las ONG’s se ven “atadas de manos ante decisiones burocráticas”, lo cual complica sus procesos:

Mucho tiene que ver la gestión en las instituciones públicas, por ejemplo, en el PANI. Debe ser una cuestión muchísimo a nivel macro, a nivel de

políticas, fortalecer los programas de seguimiento para que cumplan los derechos afuera o posterior a que salen, vienen desde arriba, desde las instituciones que les competen (Guardado, Y., comunicación personal, 10 de octubre del 2012).

Coincide con tal argumentación Vargas (comunicación personal, 3 de octubre del 2012) al enfatizar que producto de la tercerización de los servicios sociales, las ONG's asumen responsabilidades que debería encargarse el Estado por medio de la CCSS; situación que se genera sin dotar a estas organizaciones de las condiciones aptas e idóneas para atender dichas labores.

Condiciones que se propiciarían si a nivel estatal se le asignara más recursos para poder brindar servicios más adecuados a las características propias de la población, en este sentido, "Más presupuestos, más interés por parte del gobierno por esta población, no sólo la vinculada a adicción, sino de adolescentes que tienen características muy diferentes a las de los adultos y la atención necesita ser más directa" (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Por otra parte, se concuerda en que Trabajo Social posee la capacidad de aportar una visión más integral por medio del análisis riguroso y una lectura que trascienda la inmediatez, lo cual se reflejaría en el momento de efectuar propuestas dentro de un equipo de trabajo; esto tendría que acompañarse del conocimiento sobre el marco legal y jurídico que ampara el accionar de las instituciones u organizaciones, el cual estipula y se constituye en una herramienta en pos de la defensa de los derechos ahí consagrados (que si bien no se agota en ello, se edifica como una puerta a esa exigibilidad). Granados (comunicación personal, 27 de setiembre del 2012) señala la importancia de la apertura de espacios de divulgación, de información entre profesionales, padres y madres de

familia, así como con las jefaturas, ya que eso brinda insumos para gestar cambios. Destacando la relevancia de ejercer acciones directas (como denuncias de situaciones concretas) y orientar e informar a otros actores para que lo realicen, por tanto,

Trabajo Social debe estar muy ligado e informado al acervo legal, la promoción es importante, la prevención es importante pero cuando esos recursos se han agotado y tenemos una población que está en riesgo, la denuncia bien encausada es una solución muy factible. Si una institución no responde tenemos que aliarnos al sistema legal para que esa situación cambie, nosotros con nuestro ejercicio podemos modificar pero no tenemos la potestad de obligar hacer ese cambio, entonces en la medida que tengamos esa información, que sepamos cómo se maneja ese sistema, tenemos las herramientas para establecer las pautas para quienes si pueden ejercer esta parte punitiva (Granados, L., comunicación personal, 27 de setiembre del 2012).

Se coincide con Granados (comunicación personal, 27 de setiembre del 2012) al enfatizar en la relevancia de contar desde los centros con espacios para la investigación y la auto-capacitación, con el objetivo de facilitar un respaldo teórico y de información que sea brindado por la institución. En este sentido, el IAFA aporta material e investigaciones epidemiológicas valiosas para ser consultadas y estudiadas por las(os) profesionales que se encarguen de la atención de esta población, documentación que debería figurar como de interés para todo el personal que labora en la institución e incluso pensarse en la posibilidad de que por directriz institucional se destine un espacio para su divulgación.

Cabe destacar que los fundamentos teórico-metodológicos contenidos o subyacentes en el accionar profesional se convierten en un aspecto relevante en su posicionamiento. Esto en la medida en que el fundamento es la base para la comprensión de las relaciones sociales en un determinado contexto, a través de una lectura crítica en lo histórico, contextual y cotidiano. El argumentar decisiones profesionales pasa por el manejo de información de calidad y, un posicionamiento ético y teórico crítico. Al trabajar con una población con características tan variadas y con condiciones que requieren especialización en el conocimiento de diversos ámbitos, el tener una clara competencia teórica permitirá aprehender los términos en que se desarrolla el accionar, de manera que se pueda poseer sólidos referentes teóricos- conceptuales para una mejor comprensión de la temática a tratar.

Aunado a la definición de un posicionamiento, Granados (comunicación personal, 27 de setiembre del 2012) alega a que al ser el Centro del IAFA el primero en su naturaleza a nivel nacional, no se está documentando, sistematizando, ni teorizando la gran cantidad de información que ahí se produce. Vacío que se detecta en todas las instituciones y organizaciones consultadas, en razón de que ninguna de las profesionales afirmó realizar sistematización de los procesos, únicamente se aportan los datos que el IAFA solicita sobre ingresos y egresos del programa cada cierto tiempo.

A manera de síntesis, los dilemas, contradicciones y conflictos planteados por las profesionales responden a su quehacer cotidiano desde los diferentes espacios labores y concretamente, a partir de los respectivos programas a los que se vinculan. Dilemas -que en su mayoría- inciden directamente en la respuesta que se brinda para la protección (o no) de los derechos de la población adolescente en farmacodependencia, en virtud de que aspectos como la limitante en los recursos de infraestructura, la capacidad de los programas, o la cantidad de

profesionales que laboran, generan que una parte considerable de la población no esté accediendo ni recibiendo los servicios, y si lo hacen, éstos no son los más “óptimos” ni se particularizan a sus condiciones.

Por ende, Trabajo Social se encuentra en la disyuntiva de tener que asumir las funciones y condiciones que se dictan desde las instituciones y organizaciones, siguiendo los parámetros que éstas le impongan, para no desatender la demanda. Sin embargo, se rescata que se debe buscar el espacio para hacer rupturas desde la iniciativa profesional (individual o gremial) para la exigibilidad de condiciones de sus procesos de trabajo, como un constante desafío en el contexto que enmarca la labor de las instancias estatales y en el particular, a la profesión.

Capítulo VII: Conclusiones y Recomendaciones

Al sistema no le interesa que la juventud se percate del gigantesco proceso de transformación social que está ocurriendo en el mundo. Sobre todo cuando muchos países tienen poblaciones tan elevadas de jóvenes a quienes no se les permite la participación en la toma fundamental de decisiones que les atañen directamente. La droga ayuda a 'eternizar' el sistema actual. Las drogas no sólo crean dependencia, son el aborto de la conciencia

(Del Olmo, 1985, p.66).

7.1 Conclusiones

A raíz del proceso investigativo se concluye que,

- La sociedad capitalista neoliberal genera la reducción estatal en el gasto social, repercutiendo en la reestructuración de las instituciones públicas y en la orientación que adquieren las políticas, en tanto, éstas se encuentran determinadas por las condiciones económicas, políticas y sociales, denotándose la influencia del contexto internacional en esa orientación.
- De acuerdo con la información obtenida, es posible afirmar que en cuanto a las acciones direccionadas al abordaje del consumo y posterior dependencia de drogas, se visualiza una política incongruente, desarticulada, proyectada a corto plazo y desasociada de la cotidianeidad de la población, en razón de su ligamen a una sociedad neoliberal que privilegia las relaciones de mercado. Por ende, las instituciones involucradas con la atención de la población adolescente farmacodependiente efectúan procesos de trabajo desvinculados, lo que repercute en la negación de los derechos y el efecto “rebote” en el trabajo

con los(as) adolescentes (se traspasa la responsabilidad de su atención de una instancia a otra sin que se le brinde una respuesta oportuna, eficaz y acorde a sus necesidades, lo que refleja la invisibilización de sus derechos - inherente al sistema-).

- Se reconoce la farmacodependencia como un elemento constitutivo del fenómeno droga, por ende, una condición sociohistórica generada en el sistema capitalista. En este modo de producción, la droga se torna una mercancía determinada por las relaciones de mercado (compra y venta; si la oferta se incrementa, a su vez la demanda, proceso que también sucede a la inversa). En este amplio negocio, Costa Rica se convierte en un puente entre los países productores y consumidores.
- Desde un análisis histórico-crítico se contempla que la sociedad capitalista se encuentra atravesada por relaciones desiguales, lo que conduce a la negación y la obstaculización del cumplimiento de los derechos, aspecto que se comprende si se parte de la lectura universal, singular y particular de las relaciones sociales. En este sentido, este tipo de sociedad inherentemente reproduce la desigualdad, en la que la garantía de los derechos se torna cada vez más difícil.
- El panorama costarricense refleja que -durante el período en estudio- el patrón de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco se ha mantenido estable, mientras que se ha producido una tendencia a la alza de la ingesta de sustancias ilícitas (concretamente marihuana y derivados de la hoja de coca). Por su permisibilidad y tolerancia social, las drogas legales se constituyen en la puerta de entrada al consumo, dándose a edades cada vez más tempranas; la sociedad acepta y promueve el empleo de alcohol y

tabaco, cuando éstas constituyen las sustancias de mayor consumo, generando altas tasas de mortalidad.

- Para el abordaje del fenómeno droga se han acogido los lineamientos seguidos por organizaciones como la ONU y la OEA, instancias que direccionan sus acciones a la lucha contra el narcotráfico; lo que propicia que se le reste importancia al consumo de drogas (y a la dependencia), generando la violación de los derechos de las personas farmacodependientes, especialmente, en la adolescencia cuando se muestran vulnerabilidades derivadas de la edad en un mundo adultocéntrico, de las limitadas oportunidades educativas de calidad, entre otras. Esta población se ve expuesta a diversos factores de riesgo, entre los que se mencionan: la ausencia de vínculos familiares o la presencia de algún(a) miembro farmacodependiente o asociado(a) a otra arista del fenómeno, la influencia del grupo de pares (sentido de pertenencia), problemas asociados al ámbito educativo o la expulsión de éste, la publicidad promocionada por los medios de comunicación, entre otros.
- Se acentúa el reconocimiento de factores protectores y de riesgo que promueven o evitan el uso, el consumo y/o la dependencia de drogas, los cuales se particularizan dependiendo de las características propias de cada adolescente. Esta población se convierte en víctima de la violación y el irrespeto de derechos tales como la salud (emocional, física, reproductiva), educación (en su lugar, trabajo infantil e informal), vivienda (al contrario, en su mayoría se encuentran en procesos de callejización, ligándose tanto al consumo como a la producción y distribución de las drogas), condiciones óptimas de desarrollo (ambiente sano y acorde a su singularidad), negación

al acceso de los servicios sociales (en los que se alega la falta de cupo), entre muchos otros.

- Al formularse y ejecutarse una política desarticulada, esto repercute en que la oferta de servicios para la atención de esta población sea escasa, focalizada y selectiva; en el diseño de la política, se involucran determinados actores (léase los entes rectores ICD e IAFA, el último responde y sigue los lineamientos del MINSA y de la CCSS, quienes a su vez, se basan en normas impuestas internacionalmente), otra institución - que debería ejercer una función más activa en el diseño- es el PANI (ente rector en derechos de la niñez y la adolescencia, por lo cual la temática de drogas debería ser un pilar en la orientación de sus acciones, no sólo delegar y supervisar); en el nivel de ejecución, se sitúan en el ámbito de la prevención, los esfuerzos efectuados por el MEP y el IAFA, además, de las pocas acciones impulsadas por el ICD (fiscalizador) y el MJP.
- El ICD se constituye en el rector en políticas sobre drogas, al encargarse de la elaboración del Plan Nacional sobre Drogas, documento que busca condensar e integrar las acciones impulsadas para el abordaje del fenómeno droga, en donde el consumo viene a ocupar un lugar relegado y secundario, infiriendo -que en la práctica- las pocas acciones colocadas en el Plan se quedan en la formalidad. El Instituto no cuenta con servicios profesionales en Trabajo Social, desvinculándose a la profesión del plano de la formulación y reduciendo su incidencia a la ejecución de la política.
- El ICD debe diseñar políticas que propicien la protección de los derechos de las diversas poblaciones involucradas con las drogas, no obstante, a los(as) adolescentes se les coloca en un amplio grupo “infanto-juvenil” que

contempla desde niños(as) hasta adultos(as) (25 años), esta situación limita el brindar una atención especial, integral y efectiva; no es posible contemplar las particularidades y las necesidades de niños(as) o adultos(as) con las de adolescentes.

- Aunado a ello, la temática de derechos no se aborda en sus proyectos ni se retoma en las capacitaciones que se imparten en las diversas instituciones, lo que permite señalar que los derechos de las personas adolescentes en condición de farmacodependencia no constituyen un eje transversal de sus acciones y que como instancia encargada de efectuar el Plan, se deja de lado el enfoque de derechos desde el nivel de formulación de la política, de ese modo, la ausencia del enfoque se refleja en las acciones que establece para las otras instituciones.
- A pesar del cambio de la concepción del Enfoque de Derechos, al reconocer la capacidad de autonomía de los(as) adolescentes como sujetos(as) de derecho activos(as) y la obligación del Estado de garantizar condiciones para que desarrollen sus potencialidades, esto no se visualiza ni se considera en las concepciones que manejan las instituciones estatales, lo que a su vez repercute en su poca claridad y comprensión en la operacionalización de los diferentes programas.
- Esa incompreensión conduce al desconocimiento de la gran cantidad de derechos que son violentados -en función del programa y su finalidad-, y a que no constituya una temática retomada, reforzada y/o enfatizada con la población, obstaculizando su consolidación como un eje trasversal de la totalidad de los procesos gestados y ejecutados.

- Conjuntamente, se observa la ausencia de espacios de participación real para esta población, negándoseles la posibilidad de hacer visibles sus demandas y necesidades, a su vez, la temática sobre participación no se trabaja en razón de generar herramientas que les permita exigir y defender sus derechos, esto mediante el involucramiento en procesos de toma de decisión. Tal invisibilización deviene desde la colocación del “problema” en la agenda política, debido a que en el debate del proyecto de ley que funciona como el impulsor de la génesis del ICD, no se abrieron espacios de discusión para la población, quien representa el actor clave y relevante, pero sus voces fueron silenciadas, así como sus necesidades. Lo anterior, responde a la orientación de la política -primordialmente- hacia el control y la represión de la oferta de drogas.
- Las profesionales entrevistadas concuerdan en que el acceso a los derechos por parte de la población adolescente farmacodependiente se limita a la salud, educación, justicia y/o necesidades básicas, lo que refleja una visión aislada y fragmentada de éstos; los cuales deben ser considerados en su totalidad, reconociendo al(la) sujeto(a) en su integralidad. Cabe acotar que el sistema capitalista niega, impide, invisibiliza y obstaculiza su cumplimiento y garantía.
- A su vez, la negación de los derechos se refleja en que los(as) adolescentes se exponen a la explotación sexual comercial, al trabajo infantil e informal, la expulsión de los centros educativos, la insatisfacción de sus necesidades básicas como alimentación, vestido, vivienda, entre otras. Algunos(as) de estos(as) jóvenes al no tener una respuesta eficaz por parte de las instituciones estatales, no se les presenta otra salida más

que asociarse a la “delincuencia” como una alternativa para poder suplir sus necesidades y/o el consumo.

- Se denota la utilización -primordialmente- de tres modelos explicativos (ético-jurídico, médico-sanitario y geopolítico-estructural) para comprender el fenómeno droga, los cuales no son excluyentes sino que se tornan complementarios. Las instituciones se fundamentan y parten de las premisas de estos enfoques para entender la farmacodependencia, lo que se refleja, tanto en su marco conceptual, como en su estructura programática.
- Las instituciones gubernamentales rectoras definen y/o establecen su marco conceptual (ejes claves para la investigación: farmacodependencia, adolescencia, derechos y políticas públicas) en virtud de la naturaleza de su objeto de trabajo y la finalidad de sus labores (salud, justicia, educación) condicionando las visiones de las instancias ejecutoras. No obstante, se vislumbra que las instituciones involucradas con la temática no poseen un marco conceptual referencial y unificado, generando que los procesos de trabajo se fragmenten, imposibilitando una comprensión clara y universal.
- La delegación estatal producto del modelo neoliberal conduce a que el trabajo desempeñado por las ONG’s adquiera relevancia en el contexto actual, éstas devienen de entidades religiosas internacionales y promueven un carácter individualista y moralista del consumo de drogas. Estas organizaciones asumen procesos de trabajo orientados a la “fase de reinserción social”, en razón de que no se cuenta con ninguna instancia estatal que lo efectúe.

- La normativa nacional asociada con el uso de drogas, primordialmente se orienta a la prevención del consumo por medio de programas y proyectos desde las instancias orientadas a la salud y a la educación, no se ahonda sobre las acciones a tomar para aquellos(as) adolescentes que ya se encuentren en condición de farmacodependencia. Refiriendo a sus derechos únicamente en los apartados concernientes a la educación (prevención e información sobre el consumo), y desde el derecho a la salud (acceso a servicios de atención y tratamiento), reflejando una concepción salubrista de la condición (enfermedad continua y prolongada).
- Se advierte una masificación de los mecanismos jurídicos direccionados a la atención de la farmacodependencia (ligado con el modelo ético-jurídico, que busca explicar el fenómeno droga), lo que pone de relieve la creencia de vincular consumo de drogas con “delincuencia”; esto a raíz de que si la persona adquiere una dependencia a una droga ilícita podría infringir alguna ley y castigarse por ello. Representando uno de los principales motivos que justifican la preocupación e intervención estatal en materia de “seguridad ciudadana”, creándose mitos y estereotipos en relación con la o el consumidor(a).
- Pese a que en el marco legal nacional se coloquen como deberes del Estado garantizar políticas permanentes de prevención, servicios de tratamiento, desintoxicación, “rehabilitación” y “reinserción” de manera directa, gratuita y sin distinción, especialmente para personas menores de edad, amparadas en el interés superior que establece el Código de Niñez y Adolescencia, los centros especializados no cuentan con los recursos para cubrir la gran demanda, y más bien trasladan funciones a las ONG’s, por lo

que el Estado no estaría garantizando ni siquiera el acceso al servicio, alejándose de la garantía efectiva de sus derechos.

- Ahora bien, existen leyes que asignan porcentajes para el presupuesto de programas de atención y tratamiento (por medio de la asignación de cargas tributarias a ciertos productos), no obstante, el financiamiento de los centros y su capacidad se caracterizan por ser limitados, lo que lleva a acortar el proceso de internamiento, en perjuicio de los derechos de los(as) adolescentes que lo requieren. Aunque la norma acentúa la responsabilidad estatal de asumir la defensa de los derechos por medio de planes, programas y proyectos, ésta no determina medidas para garantizar la prestación de los servicios.
- Desde la promulgación del Código de Niñez y Adolescencia (1998) ya se establecía la necesidad de un centro de atención para las personas menores de edad en “adicción”, sin embargo, es hasta el 2009 que se da la apertura del Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad del IAFA, lo cual evidencia la prolongación en la respuesta del Estado, en perjuicio a la satisfacción de las necesidades de la población demandante. A la fecha (2013), sólo existen dos centros estatales especializados en la atención de esta población, ambos ubicados en San José, por lo que su cobertura es bastante limitada.
- La oferta de los servicios es escasa e incongruente con la población que se encuentra en esta condición. Únicamente se cuenta con la prestación del servicio de desintoxicación en un centro y la existencia de tres ONG´s que se encargan del proceso de “reinserción social” de esta población en el país (delegación estatal cada vez más acentuada).

- Los programas y proyectos direccionados a la atención de la población adolescente en farmacodependencia se constituyen en acciones focalizadas y selectivas (sustituyendo una política de acceso universal), éstos se basan en un modelo de atención estructurado por fases, aspecto que dificulta el responder a todas las personas atendidas por un servicio, en virtud de que cada contexto y realidad son cambiantes, y por esencia, diferentes. Aunado a ello, los programas arraigan dificultades, la coordinación con otras instituciones y el posible seguimiento presentan deficiencias y, en la mayoría de los casos, no logran satisfacer las necesidades de la población.
- La mayoría de esos programas se fundamentan en la concepción médico-sanitaria para comprender la farmacodependencia, es decir, son diseñados para que la o el joven cambie su comportamiento y deje de consumir la sustancia -criterio de éxito del proceso-, en detrimento de las otras áreas (relaciones sociales, condiciones materiales, acceso educativo y laboral, actividades recreativas, entre otras). Así mismo, parten de premisas teóricas que conducen a la culpabilización y responsabilización de los(as) adolescentes por su condición, restándole importancia al abordaje de los factores económicos, políticos y sociales que determinan e inciden en que se genere el consumo y la dependencia.
- En el caso de los servicios de tratamiento para menores de edad, se puede constatar que aquellos brindados por las ONG's no son del todo gratuitos, ya que los(as) adolescentes deben aportar una cantidad determinada de alimentos o provisiones mientras se encuentran recibiendo el servicio, tornándose en una "carga" económica para las familias, las cuales

enfrentan -en el sistema capitalista actual- la agudización de sus condiciones de producción y reproducción social.

- En las ONG's se busca la concreción de un proyecto de vida, sin embargo, éstos -por lo general- no les posibilita el acceso a mejores condiciones, un ejemplo de ello, es que se imparten capacitaciones y/o técnicos en peluquería canina, la cual no figura como una labor rentable en un sistema determinado por las relaciones de mercado.
- Cabe enfatizar en la ausencia de evaluaciones periódicas de las acciones ejecutadas, por lo que los programas podrían no ajustarse a los requerimientos específicos de la persona y el abordaje de diversos factores (económicos, sociales, culturales, emocionales) no se efectúe a cabalidad. No obstante, los posibles ajustes y/o modificaciones serían factibles si se emprendiera un proceso evaluativo, que posibilitara el conocimiento de la efectividad de las acciones, así como su contribución al cumplimiento de los derechos.
- La ausencia de una oferta amplia de servicios se acompaña y/o repercute en la limitada experiencia profesional e investigativa que posee Trabajo Social en la materia, deficiencia que se arraiga desde la academia, en razón de que no es posible que sólo se imparta un curso (en el cual no hay cupo para toda la población estudiantil) vinculado con la farmacodependencia, aspecto que se refleja en el momento de trabajar con las poblaciones y que viene a condicionar la protección de sus derechos.
- Esa situación plantea la necesidad de analizar el trabajo profesional -el cual ha sido poco retomado en las investigaciones-, permitiendo conocer las

funciones que ha desarrollado Trabajo Social - mediador de las políticas públicas, inserto en una dinámica capitalista- en relación con la atención de los(as) adolescentes; reconociendo la existencia de mediaciones sociales e institucionales que determinan sus procesos de trabajo.

- Los dilemas, conflictos y contradicciones se le presentan a la profesión desde diferentes ámbitos, -ya sea institucional, profesional o a partir de su accionar con la población-, repercutiendo en los procesos que lleva a cabo. Sin embargo, se rescata la necesidad de fomentar espacios de reflexión que conlleven a realizar rupturas por medio de acciones concretas desde la iniciativa profesional, lo cual permita, no sólo velar por la exigibilidad de condiciones para desarrollar su trabajo, si no que de igual manera se garantice el real y oportuno cumplimiento de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.
- A la hora de trabajar con una población que presenta diferentes características y en temáticas variadas, tener una clara competencia teórica permitirá comprender y aprehender los términos en que se desarrolla el accionar, de manera que se puedan tener sólidos referentes teóricos conceptuales para un mejor análisis y comprensión de la temática a tratar. Uno de los retos que se le plantea a la profesión resulta el poseer conocimiento en políticas públicas en farmacodependencia, así como en el manejo del marco legal y normativo, para de ese modo contar con una herramienta para el resguardo y la protección de los derechos.
- Las profesionales entrevistadas concuerdan en que el área social se encuentra muy debilitada y que es a través del fundamento teórico-metodológico y su compromiso que resulta posible posicionarse; los procesos que se asumen con los(as) adolescentes farmacodependientes

son abordados por distintos(as) profesionales, por lo que se debe poseer claridad teórica y direccionalidad ética que les permita fortalecer sus propuestas.

- Se enfatiza en la necesidad de mantener una constante reflexión sobre el contexto en el cual se desarrollan las instituciones y las políticas por medio de las cuales se llevan a cabo los procesos de trabajo con las diferentes poblaciones sujetas de atención.
- La constante evaluación de los programas, la incidencia en la reelaboración de los instrumentos, la investigación y el estudio de diversas áreas (que no son históricamente determinadas para Trabajo Social como lo es la farmacodependencia), representan maneras de contribuir a generar procesos de trabajo más efectivos y de garantizar la protección de sus derechos.
- Por último, un enfoque de derechos significa comprender a la o el adolescente en condición de farmacodependencia en su integralidad, es decir, sus derechos no deben verse de manera desvinculada ni descontextualizada. Esto se debería llevar a cabo por medio de una política congruente, articulada y planteada a largo plazo, la cual -desde su colocación en agenda, así como en todas las fases de la política-, tome en cuenta las particularidades, necesidades y demandas de la población hacia la que se dirige, fomentándose desde el Estado los espacios de participación y potencialización de oportunidades para la exigibilidad de sus derechos. De igual manera, desde el nivel de la formulación implica establecer un marco conceptual coherente y unificado que refleje claridad y criticidad sobre la temática que le atañe; lo cual, trascienda hacia la

operacionalización de la política -reflejándose en los diferentes programas y proyectos-, ya que un claro referente teórico-metodológico determina la manera en cómo se comprende y se orienten las acciones.

7.2 Recomendaciones

El proceso investigativo llevó al planteamiento de las siguientes sugerencias direccionadas a la exigibilidad de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

Desde el Estado

- La creación de más centros a nivel nacional de desintoxicación para la población adolescente en condición de farmacodependencia, en este sentido, todos los hospitales nacionales deberían brindar este servicio, esto permitiría que los(as) adolescentes de zonas alejadas tuvieran acceso a éste.
- El incremento y la apertura de centros de atención que permitan dar respuesta a la demanda creciente, enfatizando en la particularización de los procesos con personas menores de edad, de ese modo, se reconoce la importancia del trabajo con esta población.
- Dotación de mayor financiamiento a las instituciones gubernamentales encargadas del abordaje de la farmacodependencia, orientado a que se priorice en sus procesos de gestión en la atención y el tratamiento de los(as) adolescentes.

Desde las instituciones que atienden a la población

- Realizar esfuerzos que permitan un consenso -liderado por los entes rectores en la temática- sobre la concepción de política pública en farmacodependencia a partir de un marco conceptual unificado y articulado, lo que repercuta en que las acciones se efectúen en una misma línea, tal proceso debería contar con la participación de los(as) actores, en especial la población adolescente hacia la que se dirige la política.
- Al establecer una política se debería partir de las necesidades y demandas planteadas por la población hacia la cual se orienta, por lo que resultaría oportuno la coordinación de sesiones y/o talleres con la finalidad de que los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia participen activamente en la colocación de sus intereses y necesidades, esto posibilitaría una mayor aprehensión de la temática, y las acciones emprendidas generarían una respuesta más efectiva y adecuada.
- Construir una propuesta de abordaje de la farmacodependencia desde un enfoque de derechos, tarea que debería ser liderada por el IAFA. Esto facilitaría la incorporación del enfoque como un eje transversal que guíe el desarrollo de la totalidad de las acciones que se emprendan, retomando en el análisis las características de producción y reproducción social de la población hacia la que se orientan los programas.
- Impartir capacitaciones a los(as) funcionarios(as), direccionadas a una mayor comprensión sobre la temática, en este sentido, instituciones como el PANI deberían coordinar sesiones y/o talleres sobre derechos, el IAFA sobre farmacodependencia, las cuales se extiendan a todas las

instituciones y organizaciones involucradas en la atención de esta población.

- La realización de evaluaciones periódicas y de supervisiones direccionadas a la valoración del cumplimiento de los derechos, y no sólo enfocado en infraestructura, cantidad de personal y cifras estadísticas asociadas con ingresos y egresos. Lo que a su vez genere mejoras en los procesos de supervisión del quehacer de las ONG's (e incida en que los programas de tratamiento se desarrollen desde una visión de derechos), por parte de las entidades rectoras, primordialmente del IAFA y el PANI.
- Apertura en el acceso a la información, ya que en el caso de las ONG's, colocan trabas en la obtención de documentos relacionados con los procesos que realizan, por lo que el IAFA debería contar con los datos más importantes sobre los planes de trabajo, modelos de atención, impacto de los servicios, fuentes de financiamiento, personal disponible, infraestructura, entre otros.
- La incorporación de los servicios profesionales de Trabajo Social al ICD, en el sentido, de que pueda incidir en la formulación de la política, desde un posicionamiento crítico sobre el fenómeno droga orientado bajo la lectura de derechos.
- Fortalecer el trabajo en red, en razón de que la efectividad en las coordinaciones interinstitucionales reduzca la duplicidad de las funciones y contribuya a mejorar la atención brindada a la población.

Desde la profesión de Trabajo Social

- Se apela a la investigación y la actualización constante en relación con la farmacodependencia y las políticas públicas, debido a que su inserción, tanto en la temática como en los procesos de trabajo institucionales con población adolescente, ha sido de reciente incorporación, por lo que requiere profundizar en su conocimiento.
- La incorporación del enfoque de derechos a sus procesos de trabajo, desde una visión que trascienda la comprensión aislada y fragmentada de éstos. El establecer elementos vinculados con el género contribuiría con esa visión, la cual podría incrementarse si en las sesiones, la o el profesional les comentara a los(as) adolescentes sobre sus derechos, la manera en que el programa va a incidir en su defensa y cómo pueden exigirlos, en este sentido, se apela a la recuperación del género como categoría fundamental en los diversos niveles de la política.
- El registro y las sistematizaciones constituyen aspectos esenciales dentro del quehacer profesional, no obstante, se encontró con la limitante de que en muchos de los espacios laborales no se poseía un registro de las acciones efectuadas. De ese modo, se sugiere la elaboración de instrumentos que permitan recuperar los elementos esenciales de los procesos de trabajo, en tanto, se lleve un control de las acciones emprendidas con cada adolescente y se pueda analizar sus resultados. El conocimiento producido desde la sistematización puede sustentar las rupturas necesarias de impulsar para garantizar la incidencia profesional, en el ejercicio de los derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia.

- Se necesita realzar esfuerzos en cuanto a la coordinación entre las profesionales de Trabajo Social, en este sentido, en el Centro para Menores del IAFA, se cuenta con el servicio profesional de varias trabajadoras sociales, no obstante, no articulan sus procesos ni crean espacios de discusión que posibiliten el planteamientos de propuestas. Así mismo, dicha coordinación debería trascender al interior del IAFA, en lo referente - principalmente- a los programas de supervisión y los de ejecución del tratamiento.
- Resulta trascendental negociar y debatir posturas, la profesión ha sido deslegitimada, lo que podría obedecer a la falta de claridad y posicionamiento; la farmacodependencia representa una temática compleja, dinámica y multifactorial, por lo que ante la presencia de otras profesiones, se debe colocar el criterio de Trabajo Social y defenderlo.

Desde la Escuela de Trabajo Social

- Se plantea la necesidad de ahondar en la temática mediante la promoción de debates, conferencias y mesas redondas, lo que contribuiría a la comprensión de la farmacodependencia como una condición socio-histórica que remite al estudio de factores sociales, económicos y políticos.
- Se efectúa un llamado para que se amplíe el cupo en el curso (TS4018: Teoría y Métodos del Trabajo Social VI orientado al análisis de la droga como fenómeno social) que se imparte como parte del plan académico o bien, que desde otros cursos se retome, o al menos, se aluda a las experiencias profesionales y a los procesos de trabajo que se gestan y ejecutan con la población en farmacodependencia.

- Incentivar procesos investigativos vinculados con la temática, enfatizando en que -desde la academia- se edifica un desfase en cuanto al estudio sobre políticas públicas, no se brindan las herramientas necesarias y oportunas para su comprensión.
- Fortalecer el vínculo del PRIDENA con diferentes instancias de la Universidad de Costa Rica, como la Vicerrectoría de Acción Social, por medio de proyectos que involucren a la comunidad universitaria en la promoción y exigibilidad de derechos de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia. Aunado a ello, se considera trascendental que la temática figure como un punto a priorizar en la agenda del Programa y que no se escatime en esfuerzos vinculados a un mayor acercamiento a la aprehensión de ésta.
- A su vez, se apela a que el material y la documentación elaborada desde el PRIDENA, se incorpore y divulgue en el desarrollo de los distintos cursos que conforman el plan de estudios de la carrera de Trabajo Social.
- Fomentar la apertura de cursos extra-curriculares para estudiantes de otras carreras afines a la temática, así como el aprovechamiento de proyectos con el Trabajo Comunal Universitario (TCU), en razón de coordinar iniciativas de investigación y acciones concretas desde diferentes áreas del conocimiento.
- Compartir con el IAFA y demás instituciones involucradas, la producción de conocimiento que se efectúa desde las diversas investigaciones, tal es el caso de los TFG, debido a que podrían figurar como una herramienta

valiosa para direccionar acciones en pro de la garantía de los derechos de la población con la que trabajan.

Referencias Bibliográficas

- Abarca, A. (2001). La gestión y las políticas públicas: una mirada a los entornos de la formulación y la ejecución. Revista de Servicio Civil, 12, 73-80.
- Abdallah, G. & Berrocal, A. (2012). El Trabajo Social en la Política Social Costarricense en el campo de la Farmacodependencia: origen y transformaciones históricas. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Acosta, C. (2005). Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Agüero, C., Pérez, M. & Villegas, A. (2010). Programa Educativo de Enfermería en Salud Sexual dirigido a adolescentes de la Organización RENACER durante el año 2009. Informe Final de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Medicina, San José
- Alfaro, Y., Mora, M. & Solórzano, S. (2012). Contradicciones en el mundo del trabajo: Un análisis de las particularidades y posibilidades para el Trabajo Social en el sector privado de capital transnacional. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Alvarado, M. & Gamboa, K. (2010). Factores protectores y factores de riesgo de los y las adolescentes institucionalizados en los Hogares CREA de Barva, Cartago y Birrisito, durante los meses de Julio a Setiembre del 2009. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

- Amador, G., Bejarano, J. & Mata, D. (s.f.). Acercamiento a la situación actual del problema de las drogas en Costa Rica. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José.
- Amighetti, D. (2010). Vivencias en calle: hacia una comprensión desde tres historias de vida de niñas y/o adolescentes mujeres. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- 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. Informe de Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Antunes, R. (2001) ¿Adiós al Trabajo? Ensayo sobre las metamorfosis y la centralidad del mundo del trabajo. Sao Paulo: Cortez.
- Arroyo, R. (1994). Algunos elementos de análisis para una reconceptualización de los derechos humanos de los niños, niñas y los y las adolescentes trabajadores(as) de la calle. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD), San José.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1996). Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia, Ley 7648. San José.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998b). Ley No. 7852 de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999). Ley No. 7927: Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y reforma a la Ley de Corporación Bananera Nacional (CORBANA). San José.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2001). Ley No. 7972 de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución. San José.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002a). Expediente No. 13.904. Proyecto de Ley 8204. San José.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002b). Reforma Integral de la Ley Sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso No Autorizado y Actividades Conexas, Ley 8204. San José.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2012). Ley No. 9028 General de Control de Tabaco. San José.

Astúa, I. & Solano, P. (2000). Acciones conjuntas, beneficios múltiples: una experiencia con población en condición de indigencia y adicción. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Barahona, M., Bustelo, E. & Güendel, L. (2005). Derechos Humanos, Niñez y Adolescencia. Cuaderno de Ciencias Sociales N° 138. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, San José.

Barrantes, R. (1999). Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. San José: EUNED.

Barrientos, L., Calderón, I. & Tristán, A. (2005). Cuando la calle se convierte en hogar...Estrategias de sobrevivencia de personas menores de edad en condición de calle de la comunidad de Barrio los Ángeles de San José y alrededores. Tesis

para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Barrios, V. et al. (2008). Análisis de los microdeterminantes de la Salud Internacional que influyen en el fenómeno de las drogas en la población adolescente de Costa Rica, 2008. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Bejarano, J. (1993). Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10° y 11° años. San José.

Bejarano, J. (1994). Las drogas: aspectos introductorios y fundamentos para la prevención. San José: EUNED.

Bejarano, J., Fonseca, S. & Ugalde, F. (2004). Consumo de drogas en la juventud costarricense. Análisis de diez años de investigación. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 30, 203-217.

Bejarano, J. & Fonseca, S. (2007). La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria Costa Rica 2006. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José.

Bejarano, J., Fonseca, S. & Sánchez, G. (2009). Consumo de Drogas en Costa Rica, resultados de la encuesta nacional 2006. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José.

Bejarano, J. et al. (2011). Juventud Escolarizada y Drogas: encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria Costa Rica 2009. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José.

Bejarano, J. (2012). Consumo de Drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010. Consumo de bebidas alcohólicas. Fascículo sobre Alcohol. Serie 2 de 5. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José.

- Bejarano, J. & Fonseca, S. (2012). Adolescentes costarricenses con problemas judiciales y consumo de drogas. Revista Costarricense de Psicología, 31, 21-39.
- Brenes, M. & Chacón, S. (2009). Intervención con personas en situación de indigencia: Un análisis crítico en cuatro Organizaciones no Gubernamentales. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Britos, A. et al. (2006). El trabajador social enfrentando a los dilemas. En: Fóscolo, Norma. (coord.). Desafíos éticos del Trabajo Social latinoamericano. Paradigmas, necesidades, valores, derechos. Argentina: Espacio Editorial.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2009). Normas técnicas específicas para la formulación, aprobación, ejecución, control, evaluación del Plan Operativo y Presupuesto de la CCSS 2008-2012. Consejo Financiero y Control Presupuestario. San José.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2013). Comportamiento del gasto de los hospitales de la CCSS, Período 2000-2013. Sistema de Control de Presupuesto. San José.
- Calderón, M., Fonseca, C. & Góngora, K. (2007). Estrategia de Intervención Terapéutica con Ofensores Sexuales Juveniles (Documento Inédito). Programa Nacional de Atención a la Población Penal Juvenil, Programa de Sanciones Alternativas para Adolescentes, Equipo de Atención a la Violencia Sexual. Ministerio de Justicia y Gracia, Heredia.
- Calvo, A. & Ruiz, L. (2001). Las estrategias para la prevención formuladas y ejecutadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en relación con las características del consumo de drogas entre 1975-2000. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

- Castro, N. & Madriz, P. (2010). Las transformaciones en el contrato y contratación laboral de profesionales en Trabajo Social en entidades públicas (MEP, CCSS y Poder judicial). Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Chacón, A. & Solórzano, C. (2004). Mitos Familiares y su relación con el abuso del alcohol en adolescentes, de diez familias guanacastecas. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Chacón, W. & Madrigal, S. (2012). Consumo de Drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010. Consumo de Cocaína y Crack. Fascículo sobre Cocaína y Crack. Serie 4 de 5. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José.
- Charpentier, F. & Cornejo, E. (2010). Representaciones sociales de los y las adultos (as) sobre las drogas de mayor consumo (Alcohol, Tabaco y Marihuana) en Adolescentes: "El caso del cantón de Curridabat distrito de Curridabat 2008-2010". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- 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. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente. Alajuela.
- Chaverri, P. (2003). Influencia simbólica de las y los Pares para el Consumo de Tabaco en Adolescentes en Primer Nivel de Secundaria. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Chaves, N., Golen, B. & Miranda, L. (2009). FODESAF: Un análisis en el marco de las transformaciones del Estado y la Política Social Costarricense. Seminario de

Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), Programa Interdisciplinario de Estudios y Acción Social de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (PRIDENA), Universidad de Costa Rica (UCR), United Nations Children's Fund (UNICEF). (2011). VII Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. Hacia el cumplimiento de la Política Nacional para la Niñez y Adolescencia 2009-2021. San José.

Consejo Nacional sobre Drogas (CONADRO). (1995). Definición de Políticas, Estrategias, Objetivos y Metas en Materia de Prevención Integral de Drogas. San José: Studio A Impresores.

Contraloría General de la República de Costa Rica. (2010). Informe sobre el servicio de tratamiento a menores de edad con adicción a las drogas por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa. Área de Servicios Sociales, San José.

Cortés, E. (2012). Consumo de Drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010. Consumo de Cannabis en Costa Rica. Fascículo sobre Marihuana. Serie 3 de 5. IAFA. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José.

Cortina, A. (1999). Ciudadanos del Mundo. Hacia una Teoría de la Ciudadanía. Madrid: Alianza.

Del Olmo, R. (1985). La Socio-Política de las Drogas. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Caracas.

Del Olmo, R. (1992). ¿Prohibir o Domesticar?: Políticas de drogas en América Latina. Caracas: Nueva Sociedad.

Díaz, M., Hernández, M. & Solís, E. (1988). Participación del Trabajo Social en el Ministerio de Educación Pública. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en

Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Donas, S. (1997). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Caracas: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Engels, F. (2001). El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Moscú: Progreso.

Esquivel, F. (2002). Análisis teórico-crítico de la gerencia social, desde las categorías mediación e instrumentalidad en el trabajo social. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Esquivel, F. (2003). Génesis-Reproducción del Trabajo Social en Costa Rica. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Magister Scientiae en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Esquivel, F. (2006). Introducción al trabajo social: una breve guía conceptual y contextual. San José: UCR.

Esquivel, F. (2007). Trabajo Social en Costa Rica: del ideario liberal a su constitución en el reformismo. San José: EUCR.

Fernández, F. (2004). Políticas públicas: criterios para medir su efectividad. Revista de Trabajo Social, 16, 52-63.

Fernández, A. (2010). El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa. San José: EUCR.

Fernández, C. (2011). Evaluación de la Implementación de la Política Pública de las Sanciones Alternativas del Modelo de Justicia Penal Juvenil. Trabajo Final de

Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas. Universidad de Costa Rica, San José.

Fernández, W. & Madrigal, C. (2011). Trabajo Social y Supervisión Profesional: un análisis crítico sobre sus implicaciones en la contemporaneidad. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Fonseca, S. (2012). Consumo de Drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010. Consumo de Tabaco. Fascículo sobre Tabaco. Serie 1 de 5. IAFA. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José.

Fonseca, C., Salazar, M. & Valerio, G. (2009). El accionar de las Organizaciones no Gubernamentales desde el componente atención de la política pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas, y Adolescentes (ESCNNA). Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Gallardo, H. (2000). Política y transformación social: Discusión sobre Derechos Humanos. Quito: Tierra Nueva.

García, P. & Valverde, W. (2003). Principales factores protectores y factores de riesgo, asociados con el consumo de alcohol y tabaco en los y las jóvenes de séptimo año del Liceo Samuel Sáenz Flores de Heredia. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación. Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia.

Gelmini, P. (1994). Propuesta de vida: la Comunidad Encuentro; génesis, historia, desarrollo. Madrid.

Góngora, K. (2011). El Programa de Sanciones Alternativas Penal Juvenil (PSAA). Boletín Mensual del Departamento de Investigación y Estadística, vol. I, número 9.

- González, A. (2007). Las políticas públicas de la persona joven 1990-2005. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Güendel, L. (2002). Políticas Públicas y Derechos Humanos. Revista de Ciencias Sociales, vol. III, número 097, pp.105-125.
- Gutiérrez, G. (2000). Globalización y liberación de los derechos humanos. Una reflexión desde América Latina. Revista Pasos, 89.
- Gutiérrez, H., Ortiz, E. & Ramírez, A. (2002). Percepciones y creencias que tienen los estudiantes de III ciclo de Educación Diversificada del Liceo Rodrigo Facio Brenes, respecto al consumo de marihuana. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Orientación Educativa. Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia.
- Hernández, A. (2008). Análisis del impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad. Especialidad en Administración de Servicios de Salud. Programa de Gerencia Moderna y Gestión del Cambio en Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), San José.
- Hidalgo, M. & Largaespada, S. (2009). La Respuesta de las Organizaciones No Gubernamentales a los Derechos y Necesidades de la Niñez y Adolescencia en Condiciones de Exclusión Social en Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Hopenhayn, M. (1997). La Grieta de las Drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ONU.
- Huaylupo, J. (1999). Las políticas públicas en un contexto de privatización de la práctica social del estado. Revista Reflexiones, 78, 109-122.
- Iamamoto, M. (1984). Relaciones sociales y Trabajo Social. Perú: CELATS.

- Iamamoto, M. (1992a). La Metodología en el Servicio Social: lineamientos para el debate. En Borgianni, E. & Montaña, C. (Ed.), (1994). Metodología y Servicio hoy en el debate. Sao Paulo: Cortez.
- Iamamoto, M. (1992b). Servicio Social y División del Trabajo. Sao Paulo: Cortez.
- Iamamoto, M. (2003). El Servicio Social en la Contemporaneidad: Trabajo y formación profesional. Sao Paulo: Cortez.
- Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (s.f.). Consumo de Drogas y Tratamiento. San José.
- Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA). Departamento de Educación e Investigación. Sección de Educación. (1978). Alcohol y Alcoholismo: Manual para el Educador. San José.
- Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA). Departamento de Servicios de Comunidad. (1980). El A B C del Promotor Social. San José.
- Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA). Dirección General. (1984). Perspectiva y Análisis sobre los problemas de Alcohol y Alcoholismo. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (s.f.). Perfil de ingreso al programa residencial del Centro de Atención Integral en drogas para personas menores de edad del IAFA. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (s.f.). Perfil de la persona menor de edad para programa ambulatorio intensivo (PAI). San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Consejo Nacional de Rectores. Comisión IAFA- Universidades. (1995). II Taller sobre Prevención Integral del Fenómeno Social de la Droga en el Medio Universitario. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2006a). Consumo de Drogas en Costa Rica, resultados de la encuesta nacional 2006. San José.

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2006b). La Juventud y las Drogas. Encuesta Nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2011a). Manual de Procedimientos del Proceso de Atención a Personas Menores de Edad. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2011b). Modelo de atención Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2012a). Plan Operativo Institucional por Programas y Presupuesto, Período 2013. San José.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2012b). Suficiencia de la oferta pública y privada para solventar la demanda de servicios generada por las personas menores de edad consumidores problemáticos de sustancia psicoactivas en Costa Rica. Versión Preliminar. San José.
- Jaime, M. (2009). Características Sociodemográficas y Clínicas de Adolescentes Reingresados al Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2005. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Magister en Salud Pública. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José.
- Kaplan, M. (1991). Droga y Derechos Humanos. Distrito Federal: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Lessa, S. (1994). Luckács: El método y su fundamento ontológico. En Borgianni, E. & Montañó, C. (Ed.) (1994). Metodología y Servicio hoy en el debate. Sao Paulo: Cortez.
- López, M. & Calvo, M. (2008). Análisis histórico-crítico de las contradicciones de la política social en materia de salud y las necesidades de la población indígena: el caso de Quitirrisí. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

López, O. (2010). Construcción subjetiva acerca de la exclusión social en jóvenes de una comunidad de Guácimo-Limón que consumen sustancias adictivas ilegales. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia.

Marlasca, A. (1998). Fundamentación filosófica de los derechos humanos (Una perspectiva actual. En el 50 aniversario de la proclamación de los derechos humanos por parte de la ONU: 1948-1998). Revista Filosofía Universidad de Costa Rica, 90. 561-578.

Martinelli, M. (1997). Servicio Social: Identidad y Alienación. Sao Paulo: Cortez.

Marx, K. (1976). Capítulo XXIV La llamada acumulación originaria. En Marx, K. El Capital. Libro I. Tomo III. Madrid: Akal.

Mata, D. (2006). La Política de Drogas de Costa Rica: Un Análisis de las Estrategias de Intervención. Tesis para optar por al grado de Doctor de Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Costa Rica. San José.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (2006). Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 "Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez". Costa Rica, San José.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 "Jorge Manuel Dengo Obregón". Costa Rica, San José.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (2010). Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 "María Teresa Obregón Zamora". Costa Rica, San José.

- Ministerio de Salud (MINSa). (s.f.). Política Nacional de Salud 2011-2021 República de Costa Rica. San José.
- Molina, M. & Romero, M. (2001). Modelos de Intervención asistencia, socio-educativo y terapéutico en Trabajo Social. San José: EUCR.
- Molina, W. (2004). Investigación Acción Participativa: Consumo de Drogas en la Población Adolescente del cantón de Curridabat. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Monge, A., Rosales, K. & Montero, L. (2005). La representación social respecto al consumo de alcohol en adolescentes consumidores/as de 15 a 18 años de edad del Instituto Superior Julio Acosta García y el Colegio Técnico Profesional Agropecuario de Piedades Sur de San Ramón para el 2004. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Facultad de Ciencias Sociales, San Ramón.
- Montaño, C. (2003). El enfoque ontológico versus el abordaje epistemológico. En Borgianni, E. & Montaño, C. (Ed.) (1994). Metodología y Servicio hoy en el debate. Sao Paulo: Cortez.
- Mora, C. (2005). Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Mora, M. & Montero, I. (2003). Programa de atención integral en la prevención del uso de drogas en la persona adolescente, Colegio Técnico Profesional de Calle Blancos, segundo ciclo del año 2003. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

- Mora, L. & Torres, L. (2007). Programa Educativo en Enfermería para la Construcción de Estilos de Vida Saludable Dirigido a Adolescentes en Tratamiento de Drogodependencia Internadas en el Centro RENACER, ubicado en Patarrá, Desamparados; durante los meses de Agosto a Setiembre del 2007. Informe Final de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Medicina, San José.
- Nájera, C. (2003). Propuesta para el desarrollo de un modelo integral de atención preventiva al problema del consumo de drogas en la población educativa de primaria y secundaria, con una visión de conjunto institucional del IAFA. Tesis para optar por el grado de Maestría en Sociología con Mención en Gestión Social para el Desarrollo Humano Sostenible. Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia.
- Netto, J. (2000). Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio.
- Nicoletti, J. (2008). Derecho humano a la salud: fundamento y construcción. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, 120. 49-57.
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI). (s.f.). Presupuesto Ordinario 2011. Transferencias corrientes a otras entidades privadas sin fines de lucro. Costa Rica, San José.
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI). (2010). Informe Anual 2009. Estado de la Niñez y Adolescencia: desde la perspectiva del PANI. Costa Rica, San José.
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI). (2011). Instructivo para la elaboración del plan de trabajo de los programas de atención a las personas menores de edad. Gerencia Técnica, Departamento de Acreditación. Costa Rica, San José.
- Parra, G. (2002). Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio.
- Pastorini, A. (2000). Las políticas sociales y el Servicio Social. ¿Instrumento de revisión o mantenimiento de las desigualdades? En Montaña, C. (Ed.) (1998). Naturaleza del

Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción.
Sao Paulo: Cortez.

Piedra, L. (2004). Guía de diseño para Centros de Rehabilitación Integral para adolescentes con problemas de drogas en Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Arquitectura. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ingeniería, San José.

Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica. (2012). Decreto Ejecutivo No 37110 Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. San José.

Pontes, R. (2000). Mediación: categoría fundamental para el trabajo del Asistente Social. En Borgianni, E, Montaña, C. & Guerra, Y. (Ed.) (2003). Servicio Social Crítico: Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Sao Paulo: Cortez.

Presidencia de la República de Costa Rica. (2012). Decreto Ejecutivo No 37326-S. "Normas Mínimas para el Funcionamiento de los Servicios de Atención a las Personas Menores de Edad (PME), con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas. San José.

Ramírez, A. & Zumbado, C. (2011). Derechos de los niños: la regulación internacional y su injerencia en el derecho interno en el período 1999-2010. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

Ramírez, R. (2012a). Modalidad de Atención, Propuesta Programa "Nuevos Horizontes". Presentación Power Point facilitada por el Doctor Roger Ramírez, Director del Programa Nuevos Horizontes. Hospital Nacional Psiquiátrico. San José.

Ramírez, R. (2012b). Gráfico de lista de usuarios 2012. Documento Excel facilitado por el Doctor Roger Ramírez, Director del Programa Nuevos Horizontes. Hospital Nacional Psiquiátrico. San José.

- Regueyra, G. (2010). Drogas y Consumo. Presentación de Power Point. Curso TS-4018 Teoría y Métodos VI. Universidad de Costa Rica. San José.
- Rodríguez, M. (1991). Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. Caja Costarricense de Seguro Social. Comité del Centenario de la CCSS. Costa Rica, San José.
- Rojas, C. (2007). Dimensión Terapéutica del Trabajo Social Costarricense: un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras. Tesis para optar al grado de Magistra Scientiae en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Rojas, G. (2003). La red local del Cantón Central de San José en el desarrollo de la política de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: sus características, posibilidades y restricciones. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Ruiz, D. (2005). Marco Institucional de Atención a la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica: El Patronato Nacional de la Infancia en su vínculo técnico y financiero con las ONG. Un asunto de política pública. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Sala Constitucional de Costa Rica. (2005). Sentencia Recurso de Amparo Expediente: 05-001413-0007-CO. San José.
- Sánchez, A. (1980). Filosofía de la praxis. Grijalbo: Barcelona.
- Segura, K. (2010). Análisis del proceso de formación y ejecución de las políticas para el control del tráfico ilícito de drogas en Costa Rica. Tesis para optar por el grado y título de Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.

- Subirats, J. (2010). Políticas públicas e inclusión social. Factores territoriales y gobiernos locales. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas/UAB.
- Tabares, K. (2004). Políticas Públicas. Proceso complejo, reflejo de las relaciones de poder del sistema político. Ensayo elaborado para el Seminario de Formulación de Políticas Públicas. Universidad del Valle. Revista Prospectiva, 9, 109-114.
- United Nations Children's Found (UNICEF). & Universidad de Costa Rica (UCR). (2002). III Informe Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica. San José.
- Vado, A. & Montero, J. (2008). Caracterización de los factores socioculturales, familiares y personales, que intervienen en el proceso de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes del Liceo de Cariari, Pococí, Limón y el Liceo Mario Vindas Salazar, en San Pablo de Heredia. Un estudio descriptivo en los meses de julio y agosto del año 2008. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Vargas, P. (2003). Modelo desarrollista y de industrialización sustitutiva. San José: UCR.
- Vasconcelos, E. (2000). Estado y políticas sociales en el capitalismo: un abordaje marxista. En: Borgianni, E. (Ed.). La Política Social Hoy. Sao Paulo: Cortez.
- Viquez, M. (2011). Autoexpresión desde Arteterapia: Fortalecimiento de habilidades sociales en la convivencia diaria de un grupo de mujeres adolescentes del Centro de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad IAFA. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José.
- Youngers, C. & Rosin, E. (2005). La "guerra contra las drogas" impulsadas por Estados Unidos: su impacto en América Latina y el Caribe. En Youngers, C. & Rosin, E. (Ed.) (2005). Drogas y Democracia en América Latina: El impacto de la política de Estados Unidos. Buenos Aires: Biblos.

Zúñiga, T. (2000). Factores socioculturales, académicos y psicológicos que inciden en el uso de drogas y alcohol en los adolescentes de la Unidad Pedagógica Dr. Rafael A. Calderón Guardia 1999. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación. Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia.

Referencias Electrónicas

ACNUDH-ONU. (2012). *¿Qué son los derechos humanos?* Recuperado 7 de junio del 2012, de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

Agüero, M. (2006, setiembre 22). Colegios privados aplican prueba de consumo de drogas. *La Nación*. Recuperado 22 de junio del 2013, de http://www.nacion.com/In_ee/2006/noviembre/22/pais903985.html

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1939). Ley de Asociaciones No. 218. Recuperado 5 de marzo del 2013, de <http://www.wipo.int/wipolex/es/details.jsp?id=9282>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1949). *Constitución Política de la República de Costa Rica*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.tramites.go.cr/manual/espanol/legislacion/ConstitucionPolitica.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1957). *Ley Fundamental de la Educación No. 2160*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.mep.go.cr/CentroDeInformacion/DOC/leyfundamental-285200810525.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1965). *Ley Orgánica del Ministerio de Educación Pública No. 3481*. Recuperado 6 de julio del 2012 de <http://www.mep.go.cr/CentroDeInformacion/DOC/leyorganica-2852008101431.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). *Ley General de la Salud*.

Recuperado 6 de mayo del 2012, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/ln_pdf/l_pdf/3.%20Ley%205395.pdf

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1996). *Ley de Justicia Penal Juvenil*

No. 7576. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://cpj.go.cr/docs/derechos/justicia-penal.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). *Código de la Niñez y la*

Adolescencia. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://cpj.go.cr/docs/derechos/codigo-ninez.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998b). *Ley No. 7852 de*

Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado 23 de setiembre del 2012, de http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Financiera/Direccion_de_Presupuesto/Leyes/Ley%20No%207852%20de%20Desconcentraci%F3n%20de%20Hospitales%20y%20Cl%EDnicas%20de%20la%20CCSS.pdf

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002). *Ley General de la persona*

joven. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://cpj.go.cr/docs/derechos/ley-pj.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002). *Ley No. 8204 sobre*

estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo. Recuperado 6 de mayo del 2012, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/ln_pdf/l_pdf/2.%20Ley%208204.pdf

Asociación RENACER. (2012). *Historia, ¿Qué es?, ¿Cómo se rige?* Recuperado 17 de

agosto del 2012, de <http://renacercr.org/index.html>

- Bobbio, N. (1990). *El tiempo de los derechos*. Ed. Sistema, Madrid, España. Recuperado 7 de junio del 2012, de <http://es.scribd.com/doc/58046936/El-Tiempo-de-Los-Derechos-Norberto-Bobbio-1>
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2007). *Una CCSS renovada hacia el 2025. Planeamiento estratégico institucional 2007-2012 y programación de inversiones*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.cendeisss.sa.cr/seguridadsocial/politicas2007-25.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). & Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP). (s.f.). *Plan Estratégico 2008-2010. Hospital Nacional Psiquiátrico*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/2008-2010.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD). (s.f.). *Declaración de Misión*. Recuperado 6 de octubre del 2012, de http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/Main/AboutCICAD/about_SPA.asp
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD). (s.f.). *Evaluación del Progreso de Control de Drogas 2001-2002*. Recuperado 30 de abril del 2002, de http://www.cicad.oas.org/mem/reports/2/Full_Eval/Costa%20Rica%20-%20esp.pdf
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD). (2012). *Sobre la CICAD*. Recuperado 6 de octubre del 2012, de http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/Main/AboutCICAD/about_SPA.asp
- Comunidad Encuentro Bolivia. (2012). *¿Qué hacemos?* Recuperado 23 de julio del 2012, de <http://www.comunidadencuentro.org/quehacemos.jsp>
- Convención Internacional del Opio. (1912). Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.ehu.es/ceinik/tratados/17TRATADOSOBRECRIMENTRANSNACIONAL/TCT1731ESP.pdf>

Consejo de Política Pública de la Persona Joven (CNPJ). (2007). *Política pública de la persona joven*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.cpj.go.cr/politicas-publicas>

Consejo Superior de Educación (CSE). (1994). *Política Educativa hacia el Siglo XXI*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.mep.go.cr/CentroDeInformacion/DOC/politicaeducativasigloXXI-226200914446.pdf>

Díaz, M., Garita, C., Sequeira, M. & Alarcón, N. (2006). *Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia: Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social*. Recuperado el 5 de marzo del 2013, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/modelocompleto.pdf>

Hogares CREA. (2012). *Sitio Web Oficial*. Recuperado 28 de agosto del 2012, de <http://www.hogarescreacr.com/hogares.php>

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (s.f.). *Presupuesto ICD 2007*. Recuperado 20 de junio del 2013, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/pub_inst/pres_2007.pdf.

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2006). *Memoria Institucional 2002-2006*. Recuperado 23 de julio del 2012, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/pub/memo_2002_2006.pdf

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2007). *Plan Nacional sobre Drogas, 2008-2012*. Recuperado 24 de mayo del 2011, de [http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/pnd/pnd_2008_2012%20\(LQ\).pdf](http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/pnd/pnd_2008_2012%20(LQ).pdf)

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2008). *Memoria Institucional 2008*. Recuperado 23 de julio del 2012, de

http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/pub_inst/pub_inst_004.pdf

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2012). *Sitio Web Oficial*. Recuperado 23 de mayo del 2011, de <http://www.icd.go.cr/sitio/>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (s.f.). *Instrumentos para la aprobación de programas de farmacodependencia*. Recuperado el 22 de octubre del 2012, de <http://www.iafa.go.cr/servicios/regulacion/aprobacion%20de%20programas/Instructivo%20sobre%20criterios%20basicos%20para%20el%20funcionamiento%20de%20los%20programas.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2011). *¿Qué son las drogas?*. Recuperado 23 de mayo del 2011, de www.iafa.go.cr

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2012c). *Servicios: Directorio Programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica 2012*. Recuperado 23 de julio del 2012, de <http://www.iafa.go.cr/servicios/regulacion/aprobacion%20de%20programas/directorioONGs.aspx>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2012d). *Normativa*. Recuperado 23 de julio del 2012, de http://www.iafa.go.cr/sobre_iafa/normativa/

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). & Ministerio de Salud (MINSAL). (2012). *Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Costa Rica*. San José. Recuperado el 23 de octubre del 2012, de http://www.iafa.go.cr/sobre_iafa/normativa/PoliticaTratamientoAdiccionesIAFA2012.pdf

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2013). *Servicios: Directorio Programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica 2013*. Recuperado 25 de marzo del 2013, de <http://www.iafa.go.cr/servicios/regulacion/aprobacion%20de%20programas/directorioONGs.aspx>
- Lahera, E. (2004). *Política y Políticas Públicas*. Serie de Políticas Sociales No. 95. Recuperado 21 de mayo del 2011, de www.eclac.org/publicaciones/xml/5/19485/sps95_lcl2176p.pdf
- Mazzotti, P. (s.f.). *Las drogas, sus implicaciones culturales, políticas y económicas*. Jornadas de Fomento de Investigación, Universidad Jaume, documento correspondiente a las publicaciones efectuadas entre 1999-2000. Recuperado 20 de abril del 2012, de <http://www.uji.es/bin/publ/editions/jfi5/drogas.pdf>
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP). (2012a). *Memoria Institucional 2006-2010*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.mep.go.cr/memoria/index.html>
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP). (2012b). *Misión y visión*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.mep.go.cr/acercadelmep/misionvision.aspx>
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP). (2012c). *Organigrama*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.mep.go.cr/acercadelmep/organizacion.aspx>
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP). (2012d). *Política Educativa*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://www.mep.go.cr/acercadelmep/politicaeducativa.aspx>
- Ministerio de Justicia y Paz (MJP). (2012). *Sitio Web Oficial*. Recuperado 28 de agosto del 2012, de <http://www.mjp.go.cr/>

Ministerio de Salud (MINSa). (2008). *Reglamento Orgánico*. Recuperado 18 de junio del 2012, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/reglaorganicoMS2008.pdf

Ministerio de Salud (MINSa). (2011a). *Memoria Institucional*. Recuperado 22 de junio del 2012, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_memoria_institucional_2011.pdf

Ministerio de Salud (MINSa). (2011b). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*. Recuperado 22 de junio del 2012, de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-modelo-conceptual-estrategico-ms>

Ministerio de Salud (MINSa). (2011c). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018*. Recuperado 22 de junio del 2012, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informacion/doc_view/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018?tmpl=component&format=raw

Ministerio de Salud (MINSa). (2012a). *Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes*. Recuperado 22 de junio del 2012, de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/menu-superior-empresas-ms/menu-superiores-empresas-regulacion-ms/menu-superior-empresas-regulacion-junta-vigilancia-drogas-ms>

Ministerio de Salud (MINSa). (2012b). *Organigrama Institucional*. Recuperado 18 de junio del 2012, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/organigrama.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos Creación de un observatorio nacional de drogas: un manual conjunto Luxemburgo: Oficina de*

Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado 2 de mayo del 2013, de http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/otras/geograf/otr_geog.htm

Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ). (2008). *Convención iberoamericana derechos de los jóvenes*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.laconvencion.org/index.php?secciones/difusion>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?qclid=CL6n3LLr_68CFYla7AodP2LcTw

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1959). *Declaración de los derechos del niño*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/Proviclima/1LEGI%20SLACI%20%93N/3InstrumentosInternacionales/E/Declaraci%20%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Ni%20%20%20B1o.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1961). *Convención Única sobre estupefacientes*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/li_pdf/cr_pdf/cr_pdf/1.0_NUConvencion.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1971). *Convenio sobre sustancias psicotrópicas*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/li_pdf/cr_pdf/cr_pdf/2.0_NUConvenio.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1988). *Convención de las naciones unidas contra el Tráfico ilícito de estupefacientes y Sustancias sicotrópicas*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/li_pdf/cr_pdf/cr_pdf/3.0_NUConvencion.pdf

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011a). *Definición de adicción y dependencia*. Recuperado 21 de mayo del 2011, de <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011b). *Salud y desarrollo del niño y del adolescente*. Recuperado 21 de mayo del 2011, de <http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). *Manual de Salud para la atención del adolescente*. Recuperado 21 de mayo del 2011, de <http://www.paho.org>
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI). *Sitio Web Oficial*. Recuperado el 21 de agosto de 2012, de <http://www.pani.go.cr/>
- Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica. (1996). *Reglamento para el Control de Drogas, Estupefacientes y Psicotrópicas No. 33245*. Recuperado 18 de junio del 2012, de <http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/coop-intern/Normativa%20Nacional/02-Narcotrafico/02.pdf>
- Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica. (2001). *Decreto Ejecutivo No. Nº 29819-MP Plan y Estrategia Antidrogas del Gobierno de la República de Costa Rica*. Recuperado 30 de abril del 2012, de http://www.pgr.go.cr/scij/scripts/TextoCompleto.dll?Texto&nNorma=47165&nVersion=50024&nTamanoLetra=10&strWebNormativa=http://www.pgr.go.cr/scij/&strODBC=DSN=SCIJ_NRM;UID=sa;PWD=scij;DATABASE=SCIJ_NRM;&strServidor=\\pgr04&strUnidad=D:&strJavaScript=NO
- Real Academia Española. (2013). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado 6 de julio del 2012, de <http://lema.rae.es/drae/?val=insidia>
- Romaní, O. (1997). *Etnografía y drogas: Discursos y prácticas*. Universidad de Barcelona, España. Recuperado 20 de abril del 2012, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/52/cnt/cnt2.pdf>

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2008). *Estado de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica, A diez años del Código de la Niñez y la Adolescencia*. Recuperado 11 de abril del 2011, de <http://www.unicef.org/costarica/13222.htm>

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2012). *La evolución de las normas internacionales sobre derechos de la infancia*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/La%20evolucion%20de%20las%20normas%20internacionales%20sobre%20derechos%20de%20la%20infancia.pdf>

United Nations Population Fund (UNFPA). (2008). *Convención iberoamericana derechos de los jóvenes es una realidad se celebrará en C.R. este 23 mayo*. Recuperado 6 de mayo del 2012, de <http://www.unfpa.or.cr/juventud/236-convenciberoamericana-derechos-de-los-jes-es-una-realidad-se-celebrarn-cr-este-23-mayo>

Universidad de Costa Rica (UCR). (1980). *Reglamento de Trabajos Finales de Graduación*. Recuperado el 3 de mayo del 2011, de http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf

Comunicaciones Personales

Entrevistas:

Granados, L. (2012). Entrevista realizada el 27 de setiembre del 2012, en las instalaciones del Centro para Menores, IAFA, San José.

Guardado, Y. (2012). Entrevista realizada el 10 de octubre del 2012, en las instalaciones de RENACER, San José.

Ovares, V. (2012a). Entrevista realizada el 2 de octubre del 2012, en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica, San José.

Sánchez, C. (2012). Entrevista realizada el 4 de octubre del 2012, en las instalaciones del Centro para Menores, IAFA, San José.

Vargas, K. (2012a). Entrevista realizada el 3 de octubre del 2012, en las instalaciones de Hogares CREA Barva, Heredia.

Reuniones de acercamiento:

González, G. (2012). Reunión para generar un mayor acercamiento a los procesos de trabajo vinculados al Departamento de Atención Integral-Patronato Nacional de la Infancia. Efectuada el 4 de setiembre del 2012, en las instalaciones del DAI-PANI, San José.

Obando, C. (2012). Reunión para generar un mayor acercamiento a los procesos de trabajo vinculados a RENACER. Efectuada el 10 de octubre del 2012, en las instalaciones de RENACER, San José.

Ovares, V. (2012b). Reunión para generar un mayor acercamiento a los procesos de trabajo vinculados al Programa Nuevos Horizontes. Efectuada el 29 de junio del 2012, en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica, San José.

Ramírez, R. (2012c). Reunión para generar un mayor acercamiento a los procesos de trabajo vinculados al Programa Nuevos Horizontes. Efectuada el 22 de junio del 2012, en las instalaciones del Pabellón Nuevos Horizontes, Hospital Nacional Psiquiátrico, San José.

Vargas, K. (2012b). Reunión para generar un mayor acercamiento a los procesos de trabajo vinculados a la Organización Hogares Crea. Efectuada el 27 de agosto del 2012, en las instalaciones de Hogares CREA Barva, Heredia.

Sánchez, A. (2012). Reunión para generar un mayor acercamiento a los procesos de trabajo vinculados al MJP. Efectuada el 22 de octubre del 2012, en las instalaciones de la Escuela de Capacitación del MJP, San José.

Anexos

Anexo No. 1: Lista de los Trabajos Finales de Graduación consultados en el proceso de investigación, 2013

Título	Autor/a/es/as	Año	Carrera/Grado/Universidad
1. Acciones conjuntas, beneficios múltiples: una experiencia con población en condición de indigencia y adicción.	Astúa Gómez, Ivonne Solano Silva, Priscilla	2000	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
2. Factores asociados al consumo de alcohol y tabaco: un análisis multivariado de los Estado Nacionales de Drogas en Costa Rica, 1990 y 1995.	Ugalde Montero, Federico	2000	Tesis de Postgrado en Epidemiología, Universidad Nacional de Costa Rica.
3. Factores socioculturales, académicos y psicológicos que inciden en el uso de drogas y alcohol en los adolescentes de la Unidad Pedagógica Dr. Rafael A. Calderón Guardia 1999.	Zúñiga Arias, Teresita	2000	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación Educativa, Universidad Nacional de Costa Rica.
4. Las estrategias para la prevención formuladas y ejecutadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en relación con las características del consumo de drogas entre 1975-2000).	Calvo Solís, Alejandro Ruiz Chacón, Leda	2001	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, Universidad de Costa Rica.
5. Análisis de las políticas de vivienda de interés social en el cantón de Curridabat: período 1986-1994.	Castillo Calderón, Laura Chávez Jiménez, Gabriela	2001	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Administración Pública. Universidad de Costa Rica.
6. Rostros de la indigencia, un estudio etnográfico en la zona noroeste del Casco Metropolitano de San José.	Rojas Madrigal, Carolina	2001	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
7. Percepciones y creencias que tienen los	Gutiérrez Rodríguez, Hellen	2002	Tesis para optar por el grado de

Título	Autor/a/es/as	Año	Carrera/Grado/Universidad
estudiantes de III ciclo de Educación Diversificada del Liceo Rodrigo Facio Brenes, respecto al consumo de marihuana.	Ortiz León, Erik Ramírez Fernández, Alba		Licenciatura en Orientación Educativa, Universidad de Costa Rica.
8. Influencia simbólica de las y los Pares para el Consumo de Tabaco en Adolescentes en Primer Nivel de Secundaria.	Chaverri Chaves, Pablo	2003	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
9. Principales factores protectores y factores de riesgo, asociados con el consumo de alcohol y tabaco en los y las jóvenes de séptimo año del Liceo Samuel Sáenz Flores de Heredia.	García Navarrete, Paula Valverde Campos, Wendy	2003	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación, Universidad de Costa Rica.
10. Programa de atención integral en la prevención del uso de drogas en la persona adolescente, Colegio Técnico Profesional de Calle Blancos, segundo ciclo del año 2003.	Mora Chacón, Miguel Montero Alvarado, Ivannia	2003	Memoria de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura General en Enfermería, Universidad de Costa Rica.
11. Propuesta para el desarrollo de un modelo integral de atención preventiva al problema del consumo de drogas en la población educativa de primaria y secundaria, con una visión de conjunto institucional del IAFA.	Nájera Cordero, Eduardo	2003	Tesis para optar por el grado de Maestría en Sociología con Mención en Gestión Social para el Desarrollo Humano Sostenible, Universidad Nacional de Costa Rica.
12. La red local del Cantón Central de San José en el desarrollo de la política de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: sus características, posibilidades y restricciones.	Rojas Salas, Gwendolyne	2003	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
13. Relación entre el incremento del riesgo de intento de autoeliminación y la farmacodependencia en	Córdoba Moncada, Johan	2004	Tesis para optar por Especialidad en Psiquiatría, Universidad de

Título	Autor/a/es/as	Año	Carrera/Grado/Universidad
pacientes hospitalizados en el servicio de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2003 / Johan Alberto Córdoba Moncada.			Costa Rica.
14. Mitos Familiares y su Relación con el Abuso del Alcohol en Adolescentes, de Diez Familias Guanacastecas.	Chacón Peña, Alejandra Solórzano Chávez, Carolina	2004	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
15. Investigación Acción Participativa: Consumo de Drogas en la Población Adolescente del cantón de Curridabat.	Molina Varela, Wendy	2004	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, Universidad de Costa Rica.
16. Cuando la calle se convierte en hogar... Estrategias de sobrevivencia de personas menores de edad en condición de calle de la comunidad de Barrio Los Ángeles de San José y alrededores.	Barrientos Gamboa, Laura Calderón Esquivel, Ilse Tristán Guido, Andrea	2005	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
17. La representación social respecto al consumo de alcohol en adolescentes consumidores/as de 15 a 18 años de edad del Instituto Superior Julio Acosta García y el Colegio Técnico Profesional Agropecuario de Piedades Sur de San Ramón para el 2004.	Monge Arias, Adriana Rosales Quesada, Kathia Montero Molina, Lidieth	2005	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
18. Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo.	Mora Acosta, Carolina	2005	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
19. Marco Institucional de Atención a la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica: El Patronato	Ruiz Mora, David	2005	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social,

Título	Autor/a/es/as	Año	Carrera/Grado/Universidad
Nacional de la Infancia en su vínculo técnico y financiero con las ONG. Un asunto de política pública.			Universidad de Costa Rica.
20. La Política de Drogas de Costa Rica: Un análisis de las Estrategias de Intervención.	Mata Pernudi, Douglas	2006	Tesis elaborada para optar por el grado de Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica.
21. Las artes plásticas: un recurso innovador para el trabajo social en la prevención de la fármaco dependencia en niños y niñas.	Bagnarello Kepfer, Marcela Chávez Calderón, Andrea	2007	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
22. Las políticas públicas de la persona joven 1990-2005.	González Jiménez, Alejandro	2007	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica.
23. Dimensión terapéutica del Trabajo Social costarricense: un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras.	Rojas Madrigal, Carolina	2007	Tesis para optar por el grado de Maestría en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica, Universidad de Costa Rica.
24. Análisis de los microdeterminantes de la salud internacional que influyen en el fenómeno de las drogas en la población adolescente de Costa Rica, 2008.	Barrios Sequeira, Vilma Campos Palacios, Martha Porrás Monge, Danny Quesada Quirós, Karla Vargas Vargas, Esteban	2008	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica.
25. Respuesta del Patronato Nacional de la Infancia desde la doctrina de atención integral, en torno a las necesidades sentidas de las personas menores de edad en situación de calle.	Cerdas Guerrero, Marilú Padilla Valverde, Andrea	2008	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.

Título	Autor/a/es/as	Año	Carrera/Grado/Universidad
26. Grupo de apoyo para el fortalecimiento de herramientas de afrontamiento desde la salud mental dirigido a madres de adolescentes con problemas psicosociales: uso de drogas y anorexia-bulimia que asisten a la clínica de adolescentes del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" una experiencia de sistematización.	Matamoros Salas, Alexandra Peralta Azofeifa, Monserrat Salazar Davidson, Martha Sevilla Vargas, Angela	2008	Tesis para optar por el grado de Maestría en Enfermería de Salud Mental, Universidad de Costa Rica.
27. Los vínculos familiares de los exadictos: estudio de seis casos de redes familiares.	Moya Gutiérrez, Aarón	2008	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, Universidad de Costa Rica.
28. Caracterización de los factores socioculturales, familiares y personales, que intervienen en el proceso de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes del Liceo de Cariari, Pococí, Limón y el Liceo Mario Vindas Salazar, en San Pablo de Heredia. Un estudio descriptivo en los meses de julio y agosto del año 2008.	Vado Acuña, Augusto Montero Rojas, Julio	2008	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica.
29. El accionar de las Organizaciones no Gubernamentales desde el componente atención de la política pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas, y Adolescentes (ESCENNA).	Fonseca Solano, Cindy	2009	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
30. Factores protectores y factores de riesgo de los y las adolescentes institucionalizados en los Hogares CREA de Barva, Cartago y Birrisito, durante los meses de Julio a Setiembre del 200.	Alvarado Rodríguez, Mary Paz Gamboa Rodríguez, Karlina	2010	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica.

Título	Autor/a/es/as	Año	Carrera/Grado/Universidad
31. Vivencias en calle: hacia una comprensión desde tres historias de vida de niñas y/o adolescentes mujeres.	Amighetti López, Demaluí	2010	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
32. Construcción subjetiva acerca de la expulsión social en jóvenes de una comunidad de Guácimo-Limón que consumen sustancias adictivas ilegales.	López Jiménez, Oscar Emilio	2010	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
33. Análisis del proceso de formación y ejecución de las políticas para el control del tráfico ilícito de drogas en Costa Rica.	Segura Fernández, Karen	2010	Tesis para optar por el grado y título de Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica.
34. Aprendo a Valerme por Mi Mismo”: respuesta estatal, desde la Promoción de la Salud, ante el consumo de drogas en la población menor de edad.	Anchía Agüero, Florybeth Jarquín Pardo, Ana	2011	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
35. El análisis de la Política Pública contenida en la Ley 7600 referente al acceso a la educación: el caso de la Escuela Neuropsiquiátrica Infantil.	Castro González, Jaqueline Jiménez Méndez, Estefanie Rojas Castillo, Nancy	2011	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Administración Pública, Universidad de Costa Rica.
36. Evaluación de la implementación de la política pública de las sanciones alternativas del modelo de justicia penal juvenil.	Fernández Lépez, Cynthia	2011	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica.
37. El Trabajo Social en la Política Social Costarricense en el campo de la Farmacodependencia: origen y transformaciones históricas.	Abdallah Abarca, Gloria Berrocal Jiménez, Ana Catalina	2012	Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir del proceso investigativo.

Anexo No. 2: Matriz analítica⁵⁶ de Trabajos Finales de Graduación incorporados para la elaboración del Estado del Conocimiento

Título/Autor(a)/Año/Carrera	Propósito	Marco teórico	Estrategia Metodológica	Conclusiones/Hallazgos	Aportes
<p>Mata Pernudi, Douglas (2006) “La Política de Drogas de Costa Rica: Un análisis de las Estrategias de Intervención”. Tesis elaborada para optar por el grado de Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica.</p>	<p>El propósito de la investigación se centra en realizar un recorrido por las políticas planteadas en Costa Rica, durante el período comprendido entre 1988 y el año 2004, esto con la finalidad de contribuir a los procesos de formulación y de elaboración de nuevas opciones de la política.</p>	<p>Para realizar el análisis, el autor parte de visualizar la complejidad de la relación entre la sociedad y el Estado contemporáneos a partir de identificar qué actores están presentes en los procesos de formulación de las políticas, qué intereses entran en juego y cómo se toman las decisiones.</p> <p>Para el análisis de la información, se parte de comprender la</p>	<p>La estrategia metodológica de la investigación se centra en el análisis bajo una perspectiva cualitativa, la misma contempla un enfoque contextual e histórico, utiliza como estrategia para estudiar la acción gubernamental, la reconstrucción de los planos socio-estatales, primero con una retrospectiva de</p>	<p>Como principales conclusiones a las que llega el autor, se encuentran que la elaboración de políticas públicas en materia de drogas, presenta el desafío de atender un problema público global, lo que incide en la búsqueda de fortalecer los derechos humanos, la seguridad humana, la paz y la probidad de los actores públicos y privados. Además, plantea que es el Estado, en primera instancia el</p>	<p>La investigación genera insumos relevantes en relación con la temática de políticas públicas, destacando que constituye el único estudio orientado concretamente al abordaje de la política de droga en Costa Rica. Aunado a ello, se concibe la droga como</p>

⁵⁶ Se esboza un ejemplo del proceso de análisis seguido con cada una de las investigaciones que se abordaron como parte del Estado del Conocimiento.

Título/Autor(a)/Año/Carrera	Propósito	Marco teórico	Estrategia Metodológica	Conclusiones/Hallazgos	Aportes
		<p>relación Estado, Sociedad y las Políticas Públicas; así se logran visualizar las políticas como métodos e instrumentos del Estado. Además se analiza la gobernabilidad y el papel de las Políticas Públicas; a partir de esto se aprehende como una instancia de articulación y denominación de la sociedad, que condensa y refleja sus conflictos y contradicciones por medio de la toma de posición y relaciones de poder.</p> <p>Así mismo, se parte</p>	<p>largo plazo para luego introducirse al presente y a algunas de sus visiones de futuro. Dentro de este estudio se analiza el papel del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) como protagonista en la evolución y desarrollo del abordaje de la problemática de las drogas en el país.</p> <p>Como técnicas de recolección de información se colocan: la revisión bibliográfica y documental, visitas de ubicación y</p>	<p>responsable de ejecutar con coherencia una política, pero a su vez ese mismo Estado, está subordinado a la geopolítica de la globalización, en lo legal e ilegal. Coloca que el fenómeno de las drogas hay que dimensionarlo en toda su magnitud y esto significa el visualizar los problemas que enfrentan las sociedades en razón de la producción, comercialización y el consumo de sustancias psicotrópicas, tanto en el plano interno como en el internacional.</p>	<p>una mercancía en el modo de producción capitalista, lo que posibilita una aprehensión más global y universal del fenómeno. Esto fue posible a raíz de que el autor parte de un posicionamiento más crítico de las relaciones sociales y reconoce la categoría de historicidad, lo cual se refleja en el proceso metodológico</p>

Título/Autor(a)/Año/Carrera	Propósito	Marco teórico	Estrategia Metodológica	Conclusiones/Hallazgos	Aportes
		<p>de una comprensión de las Políticas Públicas como uno de los instrumentos más potentes a servicio del gestor público y del establecimiento de programas con posibilidad de éxito, también se consideran como un conjunto de métodos que permiten descomponer la compleja esfera de la acción pública. Coloca el papel de la globalización como marco de referencia, en tanto refiere a un objeto e inevitable para el desarrollo de la humanidad en el sentido del progreso, señala que el término</p>	<p>definición de informantes, entrevistas y grupos focales a los(as) informantes claves anteriormente definidos.</p>	<p>Las políticas creadas en décadas anteriores responden a atender el problema centrando sus acciones únicamente a reprimir la oferta, esto claramente ha conducido por años al fracaso; no se crean políticas concentradas a la prevención liberalizando la oferta.</p> <p>Así el autor recomienda que la creación de nuevas políticas públicas debe contemplar e incorporar todos los aspectos que permea dicho fenómeno, tal como la reducción del crimen, de la delincuencia, la</p>	<p>de la investigación.</p>

Título/Autor(a)/Año/Carrera	Propósito	Marco teórico	Estrategia Metodológica	Conclusiones/Hallazgos	Aportes
		globalización varía de acuerdo con la perspectiva interpretativa.		mortalidad, las enfermedades físicas y mentales, el daño a las y los niños y familias, y el fracaso escolar y laboral que son producto del consumo de drogas.	

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013), a partir del proceso investigativo.

Anexo No. 3: Guías de Entrevista semi-estructurada para profesionales en Trabajo Social de las diferentes instituciones y/u organizaciones

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social
Seminario de Graduación

Guía de entrevista semi-estructurada para profesionales en Trabajo Social del Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para las Personas Menores de Edad, IAFA.

La presente guía de entrevista semi-estructurada tiene como propósito principal contribuir en la recuperación del conocimiento del trabajo profesional que efectúa los(as) trabajadores(as) sociales, esto con el fin de identificar dilemas y/o desafíos que se le presentan a la profesión en los procesos de trabajo que asumen en relación con la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia. Para tales efectos, se abordarán los siguientes aspectos:

Datos de el/la Profesional

Nombre de el/la profesional: _____.

Nombre de la Institución donde labora: _____.

Departamento, área o sección en la que se inserta: _____.

Programa(s) y/o Proyecto(s): _____.

1. ¿Cuándo surgió la profesión de Trabajo Social en el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para las Personas Menores de Edad?

2. ¿Cuáles son las principales características de la población adolescente en condición de farmacodependencia con la que usted trabaja?
3. ¿Se utiliza algún tipo de instrumento para la selección de la población? De existir, ¿qué aspectos se toman en consideración?
4. Dentro del proceso de atención a la población (ingreso, abordaje, egreso, seguimiento), describa brevemente cuáles son las funciones que usted desempeña.
5. ¿Qué tipo de metodología (modelos, técnicas, instrumentos) emplea para el desarrollo de las sesiones de trabajo?
6. ¿Cómo aporta su quehacer profesional a la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia?
7. ¿Existen espacios de participación para que la población adolescente en condición de farmacodependencia exprese sus sentimientos, propuestas y/o necesidades? De existir, ¿cómo se da esta participación?
8. ¿Existe alguna coordinación y/o vinculación con otras instituciones u organizaciones que abordan la temática? De existir vinculación, ¿cómo se realiza?
9. ¿Cuáles dilemas y/o desafíos se le presentan a la profesión de Trabajo Social en el desarrollo de la atención de esta población?
10. ¿Qué aspectos considera necesarios para fortalecer los programas y proyectos creados para atender a la población adolescente en condición de farmacodependencia?
11. Desde la profesión, ¿cómo se podría contribuir a efectuar rupturas que posibiliten la protección de los derechos de esta población?

Observaciones

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social
Seminario de Graduación

**Guía de entrevista semi-estructurada para profesional en Trabajo Social de Hogares
CREA**

La presente guía de entrevista semi-estructurada tiene como propósito principal contribuir en la recuperación del conocimiento del trabajo profesional que efectúa los(as) trabajadores(as) sociales, esto con el fin de identificar dilemas y/o desafíos que se le presentan a la profesión en los procesos de trabajo que asumen en relación con la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia. Para tales efectos, se abordarán los siguientes aspectos:

Datos de el/la Profesional

Nombre de el/la profesional: _____.

Nombre de la Institución donde labora: _____.

Departamento, área o sección en la que se inserta: _____.

Programa(s) y/o Proyecto(s): _____.

1. ¿Cuáles son las principales características de la población adolescente en condición de farmacodependencia con la que usted trabaja?
2. ¿Se utiliza algún tipo de instrumento para la selección de la población? De existir, ¿qué aspectos se toman en consideración?

3. Dentro del proceso de atención a la población (ingreso, abordaje, egreso, seguimiento), describa brevemente cuáles son las funciones que usted desempeña.
4. ¿Qué tipo de metodología (modelos, técnicas, instrumentos) emplea para el desarrollo de las sesiones de trabajo?
5. ¿Cómo aporta su quehacer profesional a la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia?
6. ¿Existen espacios de participación para que la población adolescente en condición de farmacodependencia exprese sus sentimientos, propuestas y/o necesidades? De existir, ¿cómo se da esta participación?
7. ¿Existe alguna coordinación y/o vinculación con otras instituciones u organizaciones que abordan la temática? De existir vinculación, ¿cómo se realiza?
8. ¿Cuáles dilemas y/o desafíos se le presentan a la profesión de Trabajo Social en el desarrollo de la atención de esta población?
9. ¿Qué aspectos considera necesarios para fortalecer los programas y proyectos creados para atender a la población adolescente en condición de farmacodependencia?
10. Desde la profesión, ¿cómo se podría contribuir a efectuar rupturas que posibiliten la protección de los derechos de esta población?

Observaciones

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social
Seminario de Graduación

**Guía de entrevista semi-estructurada para profesional en Trabajo Social del
Programa Nuevos Horizontes, HNP.**

La presente guía de entrevista semi-estructurada tiene como propósito principal contribuir en la recuperación del conocimiento del trabajo profesional que efectúa los(as) trabajadores(as) sociales, esto con el fin de identificar dilemas y/o desafíos que se le presentan a la profesión en los procesos de trabajo que asumen en relación con la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia. Para tales efectos, se abordarán los siguientes aspectos:

Datos de el/la Profesional

Nombre de el/la profesional: _____.

Nombre de la Institución donde labora: _____.

Departamento, área o sección en la que se inserta: _____.

Programa(s) y/o Proyecto(s): _____.

1. ¿Qué tipo de metodología (modelos, técnicas, instrumentos) emplea para el desarrollo de las sesiones de trabajo?
2. ¿Cómo aporta su quehacer profesional a la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia?

3. ¿Existen espacios de participación para que la población adolescente en condición de farmacodependencia exprese sus sentimientos, propuestas y/o necesidades? De existir, ¿cómo se da esta participación?
4. ¿Existe alguna coordinación y/o vinculación con otras instituciones u organizaciones que abordan la temática? De existir vinculación, ¿cómo se realiza?
5. ¿Cuáles dilemas y/o desafíos se le presentan a la profesión de Trabajo Social en el desarrollo de la atención de esta población?
6. ¿Qué aspectos considera necesarios para fortalecer los programas y proyectos creados para atender a la población adolescente en condición de farmacodependencia?
7. Desde la profesión, ¿cómo se podría contribuir a efectuar rupturas que posibiliten la protección de los derechos de esta población?

Observaciones

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social
Seminario de Graduación

**Guía de entrevista semi-estructurada para profesional en Trabajo Social de
Asociación RENACER.**

La presente guía de entrevista semi-estructurada tiene como propósito principal contribuir en la recuperación del conocimiento del trabajo profesional que efectúa los(as) trabajadores(as) sociales, esto con el fin de identificar dilemas y/o desafíos que se le presentan a la profesión en los procesos de trabajo que asumen en relación con la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia. Para tales efectos, se abordarán los siguientes aspectos:

Datos de el/la Profesional

Nombre de el/la profesional: _____.

Nombre de la Institución donde labora: _____.

Departamento, área o sección en la que se inserta: _____.

Programa(s) y/o Proyecto(s): _____.

1. ¿Cuándo surgió la profesión de Trabajo Social en la Asociación RENACER?
2. ¿Cuáles son las principales características de la población adolescente en condición de farmacodependencia con la que usted trabaja?
3. ¿De qué forma se selecciona a la población que participa en el programa? ¿Cuáles son los requisitos y/o mecanismos de selección?

4. ¿Se utiliza algún tipo de instrumento para esta selección? De existir, ¿qué aspectos se toman en consideración?
5. Dentro del proceso de atención a la población (ingreso, abordaje, egreso, seguimiento), describa brevemente cuáles son las funciones que usted desempeña.
6. ¿Qué tipo de metodología (modelos, técnicas, instrumentos) emplea para el desarrollo de las sesiones de trabajo?
7. ¿Cómo aporta su quehacer profesional a la protección de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia?
8. ¿Existen espacios de participación para que la población adolescente en condición de farmacodependencia exprese sus sentimientos, propuestas y/o necesidades? De existir, ¿cómo se da esta participación?
9. ¿Existe alguna coordinación y/o vinculación con otras instituciones u organizaciones que abordan la temática? De existir vinculación, ¿cómo se realiza?
10. ¿Cuáles dilemas y/o desafíos se le presentan a la profesión de Trabajo Social en el desarrollo de la atención de esta población?
11. ¿Qué aspectos considera necesarios para fortalecer los programas y proyectos creados para atender a la población adolescente en condición de farmacodependencia?
12. Desde la profesión, ¿cómo se podría contribuir a efectuar rupturas que posibiliten la protección de los derechos de esta población?

Observaciones

Anexo No. 4: Guía temática para la revisión documental

Temática	Referencias Bibliográficas	Ideas Centrales	Conclusiones	Aportes para la investigación
Política Pública				
Derechos				
Adolescencia				
Farmacodependencia				
Trabajo Social				

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).

Anexo No. 5: Guía para el análisis de las entrevistas semi-estructurales

	Profesionales de Institución Estatal			Profesionales de Organización No Gubernamental		Análisis	
Preguntas	Respuesta de Profesional 1.	Respuesta de Profesional 2.	Respuesta de Profesional 3.	Respuesta de Profesional 4.	Respuesta de Profesional 5.	Encuentros	Desencuentros

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).

Anexo No. 6: Descripción de la génesis y la misión de las principales instituciones estatales involucradas en la política pública en farmacodependencia según fases, Costa Rica, 2013

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
FORMULACIÓN			
ICD	<p>Surge en el 2002, a raíz de la promulgación de la Ley No. 8204 sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas.</p> <p>Se establece como el ente rector en políticas sobre drogas, teniendo a su cargo el diseño y la elaboración de los Planes Nacionales sobre Drogas.</p>	<p>“Ente encargado de coordinar, diseñar, implementar y fiscalizar las políticas, los planes y las estrategias dirigidas a la reducción de la demanda, el control de la oferta, la legitimación de capitales, el financiamiento al terrorismo y actividades conexas, en coordinación con las instituciones preventivas y represivas, nacionales e internacionales; asimismo, brinda apoyo sustantivo y logístico a la gestión efectuada por aquellas entidades de los ámbitos nacional e internacional responsables de enfrentar el fenómeno de las drogas en sus diversas manifestaciones, todo</p>	<p>“Institución líder en el ámbito nacional, reconocida internacionalmente por su capacidad política, gerencial, técnica y de gestión especializada en la reducción de la demanda, el control de la oferta, y la prevención y represión de la legitimación de capitales, el financiamiento al terrorismo y demás actividades conexas, caracterizada por su sensibilidad y asertividad en la respuesta que brinda a los problemas derivados del fenómeno de las drogas en sus diversas manifestaciones” (ICD, 2008, p. 6).</p>

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
		esto en procura del desarrollo humano sostenible de la sociedad costarricense” (ICD, 2008, p.7).	
MINSA	<p>Se origina en el marco de la Ley No. 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.</p> <p>Organismo encargado “(...) de la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias” (Asamblea Legislativa, 1973, sitio web).</p> <p>Actualmente, se encuentra en vigor la política nacional de salud correspondiente al período 2011-2021, que</p>	<p>“Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad” (MS, 2011a, p. 3).</p>	<p>“Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios (as) debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos” (MS, 2011a, p.3).</p>

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
	conduce las acciones en salud que ejecutan o deben ejecutar los principales actores que intervienen en la producción social de la salud.		
FORMULACIÓN – EJECUCIÓN			
IAFA	Se constituye en 1986 producto de la Ley No. 7035, la cual propicia el paso de INSA al IAFA. Para el año 1982, se le otorga personería jurídica con la “Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud” (el IAFA representa un órgano adscrito al MINSAs). Rector encargado de lo concerniente al tratamiento y a la atención de las personas en condición de farmacodependencia.	“Es la organización que coordina, promueve y desarrolla programas sostenibles de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Regula la publicidad de bebidas alcohólicas, de tabaco y los programas relacionados con los fines institucionales y participa en la formulación de políticas que permitan brindar una respuesta concertada con otros actores sociales a la problemática derivada del consumo de estas sustancias” (IAFA, 2012, sitio web).	“Es el órgano especializado encargado de dirigir técnicamente el trabajo conjunto con los actores sociales, para brindar soluciones integrales a la problemática asociada al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes” (IAFA, 2012, sitio web).

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
CCSS	En la década de 1940 se crea el sistema de garantías sociales, y mediante la Ley No. 17 del 22 de Octubre, 1943, surge la Caja Costarricense de Seguro Social, como una institución autónoma a la cual le corresponde la administración y prestación de los servicios correspondientes a los seguros de enfermedad, maternidad, vejez y muerte.	“Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense” (CCSS, 2007, p.24).	“Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad y en armonía con el ambiente humano” (CCSS, 2007, p.28).
MJP	El 28 de abril de 1982, se decreta la Ley Orgánica del Ministerio de Justicia, en la que se enumeran las funciones que corresponderán al Ministerio y Dependencias Adscritas. Cabe apuntar que en el año 2009, se origina un cambio sustancial cuando se da el paso de Ministerio de Justicia y Gracia a Ministerio de Justicia y Paz. Desempeña la rectoría en materia de justicia.	“Ser el órgano del Estado Costarricense responsable de la rectoría en materia Penitenciaria; de la seguridad jurídica de los bienes muebles e inmuebles de sus habitantes; de la prevención integral de la violencia y el delito; del control de los espectáculos públicos que presencien los menores de edad; de promover una cultura de paz mediante la resolución alterna de conflictos; y de constituir	“Los costarricenses encontrarán en el Ministerio de Justicia una entidad dispuesta a brindar un servicio de alta calidad, capaz de garantizar la seguridad jurídica de los ciudadanos, el respeto a los derechos humanos y una respuesta ágil, y efectiva a los requerimientos de una sociedad moderna” (MJP, 2012, sitio web).

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
		el representante legal del Estado Costarricense, así como ser consultor de la Administración Pública” (MJP, 2012, sitio web).	
PANI	Surge el 15 de agosto de 1930 por iniciativa del profesor Luis Felipe González Flores. Según el PANI (2012), su creación se define en el artículo 55 de la Constitución Política, al establecer "La protección especial de la madre y el menor estará a cargo de una Institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia, con la colaboración de otras instituciones del Estado" (PANI, 2012, sitio web).	“El Patronato Nacional de la Infancia es la institución rectora en políticas de niñez y adolescencia, ejecutora de planes, programas y proyectos orientados a promover y garantizar los derechos y el desarrollo integral de las personas menores de edad y sus familias, en el marco de la doctrina de protección integral, con la participación de las instituciones del Estado y demás actores sociales” (PANI, 2012, sitio web).	“El Patronato Nacional de la Infancia como institución rectora ejerce el liderazgo en la formulación y ejecución de políticas de niñez y adolescencia, articulando y facilitando la participación de los diferentes actores sociales, para lograr una nueva cultura jurídica y social que entienda a las personas menores de edad como sujetos sociales de derechos. Lo realiza como institución moderna, eficiente y eficaz, gerenciando recursos, con funcionarios idóneos y comprometidos, en ambientes adecuados, con tecnología e infraestructura apta, para brindar un servicio de calidad” (PANI, 2012, sitio web).
MEP	La responsabilidad del Estado en materia de educación, se estableció desde la Constitución de 1847. En 1965 se aprobó la Ley Orgánica del Ministerio de	“(…) promover el desarrollo y consolidación de un sistema educativo de excelencia que permita el acceso de toda la población a una educación de calidad,	“(…) el desarrollo integral del ser humano y las capacidades humanas necesarias para vivir e integrarnos en una sociedad global, con base en el ingenio, el conocimiento y las destrezas. Un Ministerio que contribuya a descubrirnos, entendernos, expresarnos y reconstruirnos

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
	<p>Educación Pública No. 3481, en la cual se determinan las esferas de competencia del Ministerio y las atribuciones de sus autoridades.</p> <p>Ente rector del sistema educativo nacional, “El Ministerio de Educación Pública es el órgano del Poder Ejecutivo en el ramo de la Educación y de la Cultura⁵⁷, a cuyo cargo está la función de administrar todos los elementos que integran aquel ramo, para la ejecución de las disposiciones pertinentes del título séptimo de la Constitución Política, de la Ley Fundamental de Educación, de las leyes conexas y de los respectivos reglamentos” (Asamblea Legislativa, 1965, p.1).</p>	<p>centrada en el desarrollo integral de las personas y en la promoción de una sociedad costarricense integrada por las oportunidades y la equidad social” (MEP, 2012, sitio web).</p>	<p>como ciudadanos del mundo, capaces de guiarse en la búsqueda permanente y crítica de lo que es justo” (MEP, 2012, sitio web).</p>

⁵⁷ Posteriormente lo concerniente a cultura pasa a competir al Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, según su Ley de Creación de 1971.

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
EJECUCIÓN			
HNP/PNH	<p>De acuerdo con Rojas (2007), este Hospital especializado en enfermedades mentales, nace en la época Liberal; por esto, su surgimiento se da por medio de iniciativas de organizaciones privadas, como la Junta de Caridad. En el área de la salud mental, Costa Rica sigue los pasos de Europa, en donde la psiquiatría se realiza en “manicomios”, manteniendo la visión de asilo y aislando a quienes presentan padecimientos de esta índole del resto de la población; de ahí que se le llamara Hospital “Insanos”, “Asilo Chapuí”, entre otros. El HNP constituye una de las instituciones que conforma el Sistema de Salud de Costa Rica, encargado de velar por el bienestar de aquellas personas que presentan alguna afección a su salud mental. Específicamente en</p>	<p>“En el Hospital Nacional Psiquiátrico brindamos servicios de salud integral con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría a las personas con enfermedad mental, sus familias y la comunidad, basados en los derechos humanos, la investigación, la formación y el desarrollo de una cultura organizacional saludable” (CCSS y HNP, s.f., p.20).</p>	<p>“Seremos una institución líder en la prestación de servicios integrales de salud, investigación y formación especializada en Salud Mental y Psiquiatría” (CCSS y HNP, s.f., p.20).</p>

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
	<p>el tratamiento de los(as) adolescentes en condición de farmacodependencia, el Hospital cuenta con el Pabellón Nuevos Horizontes, único centro a nivel nacional que brinda procesos de desintoxicación a los(as) adolescentes farmacodependientes.</p>		
<p>Centro de Atención para Menores (IAFA)</p>	<p>Mediante el Voto No. 2005-05871 del 17 de mayo de 2005, en respuesta a un recurso de amparo, la Sala Constitucional dispuso al PANI, ICD, IAFA y CCSS, la creación del Centro, dándose su apertura en el 2009.</p> <p>El IAFA establece que el Centro "(...) constituye un eslabón entre el continuo de servicios del Sistema Nacional de Tratamiento liderado por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el cual ofrece alternativas de tratamiento en adicciones y trabaja en</p>	<p>"(...) promover el óptimo desarrollo y la salud integral de las personas menores de edad en vulnerabilidad social y consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de mejorar su calidad de vida y la de sus familias, con un enfoque multidisciplinario" (Viquez, 2011, p. 18).</p>	<p>La visión del Centro así como su marco filosófico, conceptual y programático se encuentra determinado por el IAFA; por lo que no se coloca un visión como tal sino que se rige por la del Instituto.</p>

Fase/Institución	Génesis	Misión	Visión
	<p>forma articulada con otras instituciones del Estado encargadas de velar por la protección de los derechos de las Personas Menores de Edad (PME)” (IAFA, 2011b, p.1).</p>		

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y., (2013), a partir del proceso investigativo efectuado en las instituciones.

Anexo No. 7: Descripción de la génesis de las ONG´s orientadas a la atención de la población adolescente en farmacodependencia, Costa Rica, 2013

ONG	Origen
Hogar CREA Internacional	<p>Esta organización se funda en Costa Rica en 1984, no obstante, a nivel internacional data su génesis 26 años atrás. El primer Hogar CREA para población menor de edad en Costa Rica, se origina en 1994 y se cuenta con cuatro a nivel nacional.</p> <p>Se plantea que “Nuestra misión y apostolado es el servicio al necesitado y al desamparado, esta organización de alto sentido humanitario y de profunda labor cristiana fue fundada por Dios (...) por tal razón todos los que formamos parte de la organización, debemos entender e internalizar que debemos ser ejemplo y que todos nuestros esfuerzos deben ir encaminados a cumplir con la más importante misión de nuestro movimiento: Servir” (Hogares CREA, 2012, sitio web).</p>
RENACER	<p>De acuerdo con RENACER (2012), se consolida en Costa Rica por iniciativa de la Organización Cristo Para la Ciudad Internacional; conformándose en mayo de 1998 y adquiere su cédula jurídica el 14 de marzo de 2000.</p> <p>El Centro ha direccionado sus acciones hacia la atención de las jóvenes vinculadas al fenómeno de las drogas, por lo que resulta oportuno indagar en la misión o razón de ser de la Organización, la cual consiste en “Luchar por la restauración completa de personas menores de edad adictas a cualquier tipo de droga. Brindar rehabilitación física, sicológica, y espiritual; por medio de una atención integral y personal, con calor humano, valores de familia, y morales espirituales” (RENACER, 2012, sitio web).</p>
Comunidad Encuentro	<p>A nivel internacional, Comunidad Encuentro fue fundada en Italia en el año 1979. En Costa Rica, sus orígenes se remontan a 1993, cuando se inaugura el primer centro en San Vito de Coto Brus de Puntarenas.</p> <p>Gelmini (1994) describe que la Asociación pretende brindar una formación humana para la</p>

ONG	Origen
	vida, por medio de un programa de apoyo, prevención, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de dependencia de las drogas.

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y., (2013), a partir del proceso investigativo efectuado en las organizaciones.

Anexo No. 8: Deberes y obligaciones del Estado en relación con la temática de drogas y adolescencia, presentes en los principales instrumentos jurídicos a nivel nacional según su año de aprobación

Ley o Normativa	Artículo(s) que lo abordan
<p>Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).</p>	<p>El artículo 50 señala la obligación del Estado de procurar el mayor bienestar a todos(as) los(as) habitantes del país estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza. En el cumplimiento de este mandato el Estado se obliga a asegurar el derecho a una vida digna para todas las personas.</p> <p>El artículo 51 establece el derecho de la familia a la protección especial del Estado, en especial “la madre, al anciano, el enfermo desvalido y al niño”.</p>
<p>Ley No. 5395 General de Salud (1973).</p>	<p>Describe como deber constitucional del Estado velar por la salud de la población, específicamente, al Poder Ejecutivo por medio del MINSA.</p> <p>En el Artículo 19, se señala que toda persona tiene derecho a “solicitar los servicios de salud, información y medios para prevenir o evitar los efectos de la dependencia personal, o de las personas a su cargo, de drogas u otras sustancias” (Asamblea Legislativa, 1973, p. 3). Mientras que el Artículo 29 refiere que las personas con dependencia del uso de drogas u otras sustancias, podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado, ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud. La autoridad competente podrá clausurar o intervenir cuando un establecimiento ponga en riesgo la salud de las personas.</p> <p>Además, el Párrafo IV referente a los deberes y restricciones de las personas en relación con estupefacientes y otros, se menciona la prohibición del suministro, producción y elaboración de las sustancias contempladas en la Convención de 1961.</p>
<p>Ley No. 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, (1973) y Ley No. 8289 Reforma (2002).</p>	<p>Se coloca en el Artículo 3, que dicho ente cumplirá sus funciones por medio de sus dependencias directas y, de los organismos adscritos y asesores.</p> <p>En materia de drogas, señala al IAFA como órgano adscrito especializado. Posteriormente, en el 2002, mediante la Reforma, se le asigna la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además, de coordinar y</p>

Ley o Normativa	Artículo(s) que lo abordan
	aprobar todos los programas públicos y privados.
Ley No. 7576 de Justicia Penal Juvenil (1996).	<p>Establece como sujetos(as) a todas las personas “entre los doce años y menos de dieciocho años al momento de la comisión de un hecho tipificado como delito o contravención en el Código Penal que por medio de esta Ley se da un abordaje” (Asamblea Legislativa, 1996, p.1). Con respecto al tema de drogas, en el Capítulo III referente al proceso penal, el Artículo 94 relativo al Estudio Clínico, establece que para determinar la sanción, la o el juez(a) podrá remitir al o la menor de edad al Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, para que se le efectúen exámenes psiquiátricos, físicos y químicos y “en especial, para detectar su adicción a sustancias psicotrópicas” (Ibídem, p.17).</p> <p>En el Título IV concerniente a las Sanciones, se estipula que existen tres tipos: a. Socioeducativas, b. Órdenes de orientación y supervisión, y c. Privativas de Libertad. Dentro de las segundas, se coloca como punto 6 y 7, que la o el juez(a) podrá dictar a la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6. Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, sustancias alucinógenas, enervantes, estupefacientes o tóxicas que produzcan adicción o hábito. • 7. Ordenar el internamiento del menor de edad o el tratamiento ambulatorio en un centro de salud, público o privado, para desintoxicarlo o eliminar su adicción a las drogas antes mencionadas (Ibídem, p.22).
Ley No. 7739 Código de la Niñez y Adolescencia (1998).	<p>Principal instrumento jurídico en materia de protección de derechos de personas menores de edad en el país. El Artículo 4 plantea que será obligación general del Estado adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad, manteniendo su interés superior; de conformidad con el régimen de protección especial que la Constitución Política, la Convención sobre los Derechos del Niño y leyes conexas, el Estado no podrá alegar limitaciones presupuestarias para desatender las obligaciones establecidas.</p> <p>Por interés superior, el Artículo 5 establece que “toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de dieciocho años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano, en procura del pleno desarrollo personal” (Asamblea</p>

Ley o Normativa	Artículo(s) que lo abordan
	<p>Legislativa, 1998, p.2), en tanto, la determinación de tal interés deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades. • Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales. • Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve. • La correspondencia entre el interés individual y el social (Ibídem, p.2). <p>El Artículo 10 de dicho Código indica que la persona menor de edad será sujeta de todos los derechos inherentes a la persona humana y de los específicos relacionados con su desarrollo, excepto de los derechos políticos de conformidad con la Constitución Política. No obstante, deberá cumplir las obligaciones correlativas consagradas en el ordenamiento jurídico.</p> <p>En lo referente al derecho a la salud, en el Capítulo IV Artículo 41 se indica que toda persona menor de edad gozará de atención médica directa y gratuita por parte del Estado: “Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia” (Asamblea Legislativa, 1998, p. 11).</p> <p>En cuanto al tema de drogas, el Artículo 44 señala dentro de las competencias del MINSA, el promover políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas, así como crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad “adictas” y a las que padezcan trastornos emocionales.</p> <p>En el Artículo 58 en relación con las políticas nacionales, se establece que el Estado deberá propiciar la inclusión en los programas educativos de temas asociados con las drogas, como la educación sexual, la reproducción, el embarazo en adolescentes, la violencia de género, y las enfermedades de transmisión sexual.</p>
<p>Ley No. 7972, Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos (2001).</p>	<p>Mediante esta ley, se busca obtener recursos para el financiamiento de programas de bien social de diversas instituciones. Respecto a las que trabajan farmacodependencia y adolescencia, en el Capítulo II se señala la siguiente asignación presupuestaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26% al PANI para financiar programas (públicos o privados) de atención, albergue, rehabilitación o tratamiento de niñas y niños discapacitados o en riesgo social.

Ley o Normativa	Artículo(s) que lo abordan
	<ul style="list-style-type: none"> • 15% al IAFA para financiar programas (públicos o privados) de atención, albergue, rehabilitación o tratamiento de personas con problemas de alcoholismo y farmacodependencia, así como de personas fumadoras. • 7% al IAFA para financiar, en coordinación con el MEP y el Movimiento Nacional de Juventudes, programas de difusión, educación y prevención tendientes a evitar el fumado, la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, el uso de sustancias adictivas de uso no medicinal o el consumo abusivo de fármacos o medicamentos (psicofármacos).
<p>Ley No. 9028 General del Control de Tabaco (2012).</p>	<p>En el Artículo 28, se determina que los recursos obtenidos por esta Ley se distribuirán de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un sesenta por ciento (60%) de los recursos se destinarán a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para ser utilizados en: <ul style="list-style-type: none"> ○ El diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo. ○ El fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional, para que sea utilizado en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer. • Un veinte por ciento (20%) se destinará al Ministerio de Salud, para que cumpla con las funciones encomendadas en la presente ley. • Un quince por ciento (15%) se destinará al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) para el cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley. • Un cinco por ciento (5%) se destinará al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación. • La Contraloría General de la República fiscalizará el uso de estos fondos, según lo dispuesto en esta ley (Asamblea Legislativa, 2012, p.13).
<p>Ley No. 8261 General de la Persona Joven (2002).</p>	<p>Se establece como adolescente a toda persona mayor de doce y menor de dieciocho años. El Artículo 6 establece entre los deberes del Estado, brindar atención integral de la salud mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, temas como farmacodependencia, nutrición y psicología. Mientras que en materia de educación se recalca el formular programas educativos</p>

Ley o Normativa	Artículo(s) que lo abordan
	especializados en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con “adicciones”.
<p>Ley No. 8204 sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo (2001).</p>	<p>Instrumento jurídico a nivel nacional que “regula la prevención, el suministro, la prescripción, la administración, la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencia física o psíquica” (Asamblea Legislativa, 2001, p.2), incluidos tanto en la Convención sobre Estupefacientes y la Convención de Psicotrópicos de 1961 y 1971 respectivamente, así como la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.</p> <p>En el Artículo 3, indica como un deber del Estado: “Prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica; asimismo, 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 para recuperar a las personas farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente, por el consumo de drogas, a fin de educarlas, brindarles tratamiento de rehabilitación física y mental y readaptarlas a la sociedad” (Ibídem, p.4).</p> <p>La Ley menciona que los tratamientos estarán a cargo del MINSA, la CCSS y el IAFA, y cuando se trate de personas menores de edad, el PANI deberá dictar las medidas de protección necesarias dispuestas en el Código de la Niñez y la Adolescencia. Como se planteó, a raíz de la reforma a la Ley, en el 2001 se da la creación del ICD.</p>

Fuente: Arce, L., Bolaños, A. & Zamora, Y. (2013).