

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Trabajo Final de Graduación en modalidad tesis
para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social

“Los servicios sociales que brindan la Asociación Cristiana Benéfica Caleb y el Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, 2017-2018”

Sustentantes:

Bach. Stacy Muñoz Webb

Carné: B04395

Bach. Wendy Soto Córdoba

Carné: B06223

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

2018



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 65

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 28 de agosto del 2018, a las 6:00 p.m. con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Stacy Muñoz Webb	B04395	II-2015
Wendy Soto Córdoba	B06223	II-2015

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de Tesis de graduación, para optar por el grado de Licenciatura en: TRABAJO SOCIAL.

El tribunal examinador integrado por:

MSc. Carolina Rojas Madrigal	Presidenta
MSc. Juan Carlos Vargas Aguilar	Profesor Invitado
MSc. Nidia Esther Morera Guillén	Directora T.F.G.
MSc. Silvia Urrutia Rojas	Miembro del Comité Asesor
MSc. Ana Jarquín Pardo	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de las postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondientes y, por lo tanto, se les solicita que procedan a hacer la exposición.

ARTICULO II

Las postulantes hacen la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

"Los servicios sociales que brindan la Asociación Cristiana Benéfica Caleb y el Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, 2017-2018".

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO () APROBADO CON DISTINCION (X) NO APROBADO ()

Observaciones: Incorporar observaciones del Tribunal.

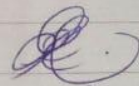
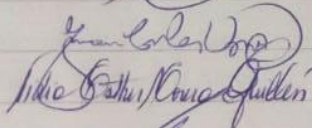
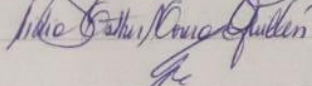

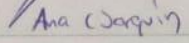
ARTICULO V

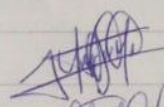
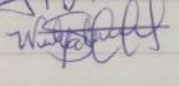
La Presidenta del Tribunal les comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y se les declara acreedoras al grado de Licenciatura en: **TRABAJO SOCIAL.**

Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Reglamentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y las Postulantes.

A las 7:40pm se levanta la sesión.

Tribunal Examinador	
MSc. Carolina Rojas Madrigal	
MSc. Juan Carlos Vargas Aguilar	
MSc. Nidia Esther Morera Guillén	
MSc. Silvia Urrutia Rojas	
MSc. Ana Jarquín Pardo	

Postulantes	
Stacy Muñoz Webb	
Wendy Soto Córdoba	

Dedicatoria

Ambas enfrentamos adversidades a nivel personal y académico durante esta travesía, realizamos un esfuerzo muy grande para lograr finalizarla, así que nos dedicamos esto; porque cuando una desfallecía la otra estaba ahí para continuar con el trabajo, nunca nos detuvimos.

Usualmente nos autodenominamos como un “matrimonio arreglado” pero realmente durante este proceso en especial fuimos como hermanas que, aunque en ocasiones se irritan entre sí, no dejan de reconocer el cariño y admiración que sienten la una por la otra. Trabajo Social y una canción nos unió en este camino, y nosotras nos encargamos de construirlo y continuarlo juntas.

También dedicamos este proceso a aquellas personas que nos encontramos en el camino universitario, que no sólo nos comprendían a la perfección, sino que eran una fuente de apoyo. A nuestras familias porque a pesar de que tomó tiempo, nos tuvieron paciencia para que lográramos finalizar este sueño, viviendo con nosotras las frustraciones y alegrías. Así como a nuestras y nuestros amigos de la vida que en muchas ocasiones cuando sentíamos que no podíamos nos recordaban que sí era posible.

¡Este logro es tan nuestro como de ustedes!

Stacy y Wendy

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a la profesora Nidia Morera por habernos acogido en este proceso, por ser esa luz en los tiempos tan oscuros que traíamos, porque sin habernos conocido antes, mostró su calidez y sensibilidad y no dudó en apoyarnos... ¡Gracias profe por ese compromiso!

También a las profesoras Silvia Urrutia y Ana Jarquín por sus observaciones, por darnos una perspectiva diferente del trabajo y esclarecernos cuando nos costaba visualizar otras opciones, sus aportes hicieron que este proceso tan retador fuera posible.

A la profesora Carolina Rojas por darnos contención en un momento agotador físico y emocionalmente, por sus palabras y por no hacernos olvidar la sensibilidad que se debe tener con cualquier ser humano.

Al profesor Juan Carlos Vargas por sus asesorías en el diseño, por todas sus ideas y cuestionamientos para construir este proceso investigativo, gracias por hacernos dudar, eso nos hizo crecer.

Gracias a las organizaciones no gubernamentales y a las y los profesionales que aceptaron ser parte de esta investigación, por el tiempo invertido y los conocimientos transmitidos, porque a pesar de todas las limitantes que enfrentan día a día en su labor, hicieron un espacio para nosotras.

A todas aquellas personas que con frases de aliento nos motivaron a seguir adelante... ¡GRACIAS porque al fin una de nuestras metas se convierte en realidad!

Stacy y Wendy

Resumen académico

Muñoz, S. y Soto, W. (2018). Los servicios sociales que brindan la Asociación Cristiana Benéfica Caleb y el Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, 2017-2018. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Palabras clave: organizaciones no gubernamentales- servicios sociales- tratamiento- sustancias psicoactivas- drogas- política pública.

El presente documento corresponde al informe de la investigación titulada “Los servicios sociales que brindan la Asociación Cristiana Benéfica Caleb y el Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, 2017-2018” desarrollado para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

La propuesta investigativa tuvo como objetivos específicos: a) Reconstruir la política pública costarricense vigente en materia de tratamiento ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas, b) Determinar los servicios sociales que ofrecen las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas e c) Identificar los principales alcances y limitaciones de los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Tomando en consideración tales objetivos, se retomaron diferentes categorías teóricas que apoyaran en el proceso analítico, teniendo entre estas: Sustancias Psicoactivas, en la

cual se retoman los discursos ideológicos desarrollados alrededor de las mismas, las políticas internacionales creadas, la comprensión teórica de las investigadoras sobre el concepto, y dado que era de interés los procesos de tratamiento ante el consumo problemático de drogas, se establecieron sus lineamientos básicos.

Para esto último, se utilizaron diferentes autoras y autores, sin embargo, en lo que respecta a tratamiento estructurado se hizo énfasis en lo señalado por la ONUDC (2003), que visualiza la intervención en varias fases: características y criterios de selección, reconocimiento de la forma de intervención, evaluación integral y plan de tratamiento.

Asimismo, se recuperó la categoría Estado y Política Pública, para esta última, de acuerdo con lo establecido en el primer objetivo, se tomó como base lo expuesto por Oszlak y O'Donnell (1995), quienes para el nivel de formulación consideran aspectos como: surgimiento histórico de la cuestión, actores sociales, definición de la cuestión y toma de posición del Estado.

Como último fundamento se expone las ONG, en donde se hace énfasis tanto en su comprensión como en el componente organizacional, para este último se utiliza la propuesta de Kast y Rosenzweig (1998) en la que se considera: el origen, el marco filosófico, la población meta, la estructura organizacional y el componente administrativo: planificación, evaluación y recursos disponibles.

Por otra parte, dado el alcance de los objetivos planeados, el estudio se establece que fue de corte cualitativo, y de tipo descriptivo; haciendo uso de técnicas como: la revisión documental, la entrevista semiestructurada y la triangulación de la información.

El desarrollo de esta investigación permitió develar que la creación de política pública en materia de tratamiento inicialmente fue solventada por la élite filantrópica, dadas las características de la época; por lo tanto, es hasta el apogeo del Estado en el periodo desarrollista que este toma un papel más activo. Entre sus principales acciones se encuentra el fortalecimiento de las entidades creadas por la sociedad civil, la incorporación de una

entidad especializada en la materia dentro de su aparato institucional y la creación de normativa.

Dicha política se adscribe a una orientación prohibicionista y al enfoque médico sanitario, por lo que el modelo de atención que se ha construido conceptualiza el consumo problemático como una enfermedad que requiere de un tratamiento, y la meta que persigue toda intervención es la de propiciar la abstinencia total.

Asimismo, la política se caracteriza por ser descentralizada, ya que, producto de la reforma estatal que propuso el modelo neoliberal, gran parte de la responsabilidad de la ejecución de esta recae en las ONG; focalizada, en la medida que atiende las prioridades que se presentan en la población consumidora de drogas, en particular se vislumbró que existe una respuesta más consolidada para la población masculina; y sectorizada en tanto las estrategias y metas dependen de la perspectiva del sector que las trabaje.

En relación con los servicios sociales brindados por las ONG objeto de estudio, estos reproducen las mismas perspectivas que se poseen a nivel país, teniendo como objetivo de su tratamiento el cese del consumo –prohibicionismo-; y visualizando la dependencia como una enfermedad –médico sanitario-.

Además de lo anterior, debido al componente religioso que caracteriza la creación de ambas ONG, estas también reproducen en su estrategia metodológica esta perspectiva, identificando la coexistencia de principios religiosos con fundamentos científicos, estos últimos a partir del grupo de profesionales que brindan la atención.

Debido a que IAFA es el ente rector, es el encargado de regular tales organizaciones, las cuales deben cumplir con una serie de directrices; desde lo encontrado en este estudio, las ONG estudiadas orientan su labor a partir de tales normas. Sin embargo, el tema de recursos es una limitante que impacta en el cumplimiento total de dichas directrices; además, el escaso asesoramiento y el débil proceso de evaluación por parte de la entidad rectora también impactan los contenidos teóricos y metodológicos del tratamiento.

Lista de abreviaturas

AA: Alcohólicos Anónimos
ACBC: Asociación Cristiana Benéfica Caleb
ADEPEA: Asociación de Desarrollo Específico pro-pabellón Enfermos Alcohólicos
APA: Asociación Estadounidense de Psiquiatría
ASODELFI: Asociación de Desarrollo Económico Laboral Femenino Integral
BM: Banco Mundial
CAID: Centros de Atención Integral en Drogas
CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social
CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión
CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes
CONADRO: Consejo Nacional sobre Drogas
CREAT: Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos de Tirrases
CSA: Comisión sobre Alcoholismo
DEA: Administración para el Control de Drogas
DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición
DTO: Organizaciones de Tráfico de Drogas
DUSI: Inventario de Detección de Consumo de Drogas
EISAM: Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental
FANAL: Fábrica Nacional de Licores
FMI: Fondo Monetario Internacional
FODESAF: Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
GAM: Gran Área Metropolitana
HSAD: Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados
HSJD: Hospital San Juan de Dios
IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICD: Instituto Costarricense sobre Drogas

INA: Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres
INSA: Instituto Nacional sobre Alcoholismo
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
JPS: Junta de Protección Social
LAA: Liga Antialcohólica
LGTBIQ: Lesbianas, Gais, Transgéneros, Transexuales, Bisexuales, Intersexo, Queer.
LSD: Dietilamida del Ácido Lisérgico
MEP: Ministerio de Educación Pública
MINSA: Ministerio de Salud
NA: Narcóticos Anónimos
NIDA: Instituto Nacional de Abuso de Drogas
OEA: Organización de los Estados Americanos
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAE: Programa de Ajuste Estructural
PANI: Patronato Nacional de la Infancia
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TLC: Tratado de Libre Comercio
UCR: Universidad de Costa Rica
UNA: Universidad Nacional
UNED: Universidad Estatal a Distancia
UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice de Contenido

<i>Dedicatoria</i>	<i>iv</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>v</i>
<i>Resumen académico</i>	<i>vi</i>
<i>Lista de abreviaturas</i>	<i>ix</i>
<i>Índice de Contenido</i>	<i>xi</i>
<i>Índice de Figuras</i>	<i>xvii</i>
<i>Índice de Tablas</i>	<i>xvii</i>
<i>Introducción</i>	<i>xviii</i>
<i>PARTE I</i>	<i>1</i>
<i>Diseño teórico metodológico de la investigación</i>	<i>1</i>
<i>Capítulo I: Estado del arte</i>	<i>2</i>
1.1. Presentación	2
1.2. Consumo de sustancias psicoactivas	3
1.3. El estudio de políticas públicas alrededor del consumo de sustancias psicoactivas	14
1.4. Áreas susceptibles de exploración	18
<i>Capítulo II: Formulación y justificación del problema de investigación</i>	<i>20</i>
2.1. Objeto de estudio	23
2.2. Objetivos	23
2.2.1. Objetivo General.	23
2.2.2. Objetivos Específicos.	23
<i>Capítulo III: Fundamentación teórica en torno al consumo de sustancias psicoactivas</i>	<i>25</i>
3.1. Sustancias psicoactivas	25
3.1.1. Discursos ideológicos alrededor del consumo de sustancias psicoactivas.	25

3.1.2. Políticas internacionales creadas alrededor del consumo y producción de sustancias psicoactivas. _____	28
3.1.2.1 Prohibicionismo. _____	29
3.1.2.2 Anti prohibicionismo. _____	30
3.1.2.2.1. Descriminalización y despenalización. _____	31
3.1.2.2.2. Reducción del daño. _____	32
3.1.2.2.3. Legalización. _____	33
3.1.3. Compresión teórica sobre las sustancias psicoactivas. _____	35
3.1.4. Lineamientos básicos para el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas. _____	39
3.2. El Estado como formulador de la política pública _____	45
3.3. La política pública y su nivel de formulación _____	47
3.4. Las organizaciones no gubernamentales en el escenario de la política social 50	
3.4.1. Elementos para la caracterización organizacional de las ONG. _____	53
<i>Capítulo IV: Estrategia metodológica _____</i>	58
4.1. Tipo de estudio _____	58
4.2. Ejes de análisis _____	59
4.3. Delimitación espacial y temporal _____	71
4.4. Población participante _____	73
4.5. Técnicas para la recolección y análisis de la información _____	74
4.5.1. Revisión documental. _____	74
4.5.2. Entrevista semiestructurada. _____	74
4.5.3. Triangulación de la información. _____	75
4.6. Momentos de la investigación _____	76
4.6.1. Primer momento: Diseño de la investigación. _____	76
4.6.1.1. Revisión documental del tema. _____	77
4.6.1.2. Definición del objeto de estudio. _____	77
4.6.1.3. Acercamiento con las posibles organizaciones participantes del estudio. _____	77
4.6.2. Segundo Momento: Trabajo de campo. _____	77

4.6.3. Tercer Momento: Análisis de la información.	78
4.6.4. Cuarto momento: Socialización de resultados.	78
PARTE II	79
Hallazgos de la investigación	79
Capítulo I: Política pública costarricense en materia de tratamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas en su nivel de formulación	80
1.1. Contexto internacional en materia de consumo de sustancias psicoactivas	82
1.2. Situación de Costa Rica ante el consumo de sustancias psicoactivas: contexto y actores	89
1.2.1. Periodo colonial y cimientos del Estado costarricense (1753-1869).	89
1.2.2 Periodo liberal (1870-1939).	94
1.2.2.1. Actores sociales.	98
1.2.2.1.1. Elite filantrópica y caritativa.	98
1.2.2.1.2. La Liga Antialcohólica.	99
1.2.3. Periodo desarrollista (1940-1979).	101
1.2.3.1. Actores sociales.	104
1.2.3.1.1. Comisión sobre Alcoholismo.	104
1.2.3.1.2. Comités de Cooperación.	107
1.2.3.1.3. Irma Morales Moya: profesional en Trabajo Social	107
1.2.3.1.4. Alcohólicos Anónimos.	109
1.2.3.1.5. Asociación de Desarrollo Específico pro pabellón Enfermos Alcohólicos.	111
1.2.3.1.6. Unidad de Adaptación de Enfermos Alcohólicos.	112
1.2.3.1.7. Ejército de Salvación.	113
1.2.3.1.8. Instituto Nacional sobre Alcoholismo.	114
1.2.4. Periodo neoliberal (1980-hoy).	117
1.2.4.1. Actores sociales.	119
1.2.4.1.1. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.	119

1.3. Marco normativo vinculado con el consumo de sustancias psicoactivas	122
1.3.1. Nivel internacional.	122
1.3.2. Nivel nacional.	127
1.4. Planteamientos estatales en materia de tratamiento	134
1.4.1. Planes Nacionales de Desarrollo.	135
1.4.1.1. Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014: María Teresa Obregón.	135
1.4.1.2. Plan Nacional de Desarrollo 2015- 2018: Alberto Cañas Escalante.	136
1.4.2. Directrices en salud.	137
1.4.2.1. Plan Nacional de Salud 2010-2021.	137
1.4.2.2. Política Nacional de Salud 2015-2018.	137
1.4.2.3. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.	138
1.4.3. Directrices en la temática de drogas.	139
1.4.3.1. Plan Nacional sobre Drogas 2005-2007.	139
1.4.3.2. Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012.	140
1.4.3.3. Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017.	142
1.4.4. Directrices en tratamiento.	145
1.4.4.1. Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados de Alcohol, Tabaco y otras Drogas 2012-2022.	145
1.4.4.2. Modelo de Reducción de Daños para el Abordaje del Fenómeno de Drogas en Costa Rica.	146
1.5. Síntesis: naturaleza y transformaciones de la política pública en materia de tratamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica	147
<i>Capítulo II: Organizaciones no gubernamentales como ejecutoras de la política pública</i>	<i>152</i>
2.1. Inicios de las ONG en Latinoamérica y Costa Rica	152
2.1.1 Antecedentes del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas en el país.	157
2.2. Situación del consumo de drogas de las personas atendidas en las ONG	158

2.3. Referentes empíricos de ONG en el tratamiento del consumo problemático de drogas en Costa Rica	164
2.3.1. Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados.	164
2.3.1.1. Origen, marco filosófico y estructura organizativa.	164
2.3.1.2. Componente administrativo.	170
2.3.1.2.1. Planificación y evaluación del servicio.	170
2.3.1.2.2. Recursos disponibles.	174
2.3.1.2.2.1. Recursos financieros.	174
2.3.1.2.2.2. Recurso humano.	177
2.3.1.2.2.3. Recurso material.	180
2.3.1.3. Proceso de tratamiento.	183
2.3.1.3.1. Población meta.	183
2.3.1.3.2. Criterios de selección y reconocimiento inicial de los usuarios.	187
2.3.1.3.3. Evaluación integral y plan de tratamiento del hogar.	191
2.3.1.3.4. Relación actual entre la ONG y el engranaje estatal vinculado con la atención del consumo de drogas.	207
2.3.1.3.5. Apreciación alrededor del proceso de tratamiento.	210
2.3.2. Asociación Cristiana Benéfica Caleb.	215
2.3.2.1. Origen, marco filosófico y estructura organizativa.	216
2.3.2.2. Componente administrativo.	224
2.3.2.2.1. Procesos de planificación y evaluación.	224
2.3.2.2.2. Recursos financieros, materiales y humanos.	227
2.3.2.3. El proceso de tratamiento.	235
2.3.2.3.1. Población meta.	235
2.3.2.3.2. Características y criterios de selección de los usuarios.	241
2.3.2.3.3. Reconocimiento inicial y selección de la forma de intervención.	245
2.3.2.3.4. Evaluación Integral.	247
2.3.2.3.5. Plan de tratamiento.	250
2.3.2.3.5.1. Fase I: Acogida.	253

2.3.2.3.5.2. Fase II: Rehabilitación.	259
2.3.2.3.5.3. Fase III: Reinserción.	262
2.3.2.3.5.4. Fase IV: Seguimiento.	268
2.3.2.3.6. Trabajo interinstitucional.	272
2.3.2.3.6.1. Relación actual entre la ONG y el engranaje estatal.	272
2.3.2.3.6.2. Apoyo que recibe de otras entidades.	273
2.3.2.3.7. Fundamentos teórico-metodológicos.	275
2.3.2.3.8. Resultados del proceso de tratamiento.	283
PARTE III	287
Conclusiones y Recomendaciones	287
Conclusiones	288
Recomendaciones	299
Referencias Bibliográficas	302
Anexos	340

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Línea del tiempo: Contexto y actores del consumo problemático de sustancias psicoactivas</i> _____	81
Figura 2. <i>Contexto y actores nacionales en el periodo colonial</i> _____	94
Figura 3. <i>Contexto y actores nacionales en el periodo liberal</i> _____	101
Figura 4. <i>Contexto y actores nacionales en el periodo desarrollista</i> _____	116
Figura 5. <i>Contexto y actores nacionales en el periodo neoliberal</i> _____	122
Figura 6. <i>Policonsumo de las personas atendidas en las ONG a nivel nacional</i> _____	159
Figura 7. <i>Organigrama del Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados, 2018</i> ____	167
Figura 8. <i>Organigrama de la Asociación Cristiana Benéfica Caleb, 2018</i> _____	220

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Matriz de categorías para la reconstrucción de la política pública en materia de tratamiento ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas</i> _____	60
Tabla 2. <i>Matriz de categorías sobre los servicios sociales que brindan las ONG para el tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas</i> _____	63
Tabla 3. <i>Organizaciones no gubernamentales participantes</i> _____	73
Tabla 4. <i>Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2013</i> _____	160
Tabla 5. <i>Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2014</i> _____	160
Tabla 6. <i>Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2015</i> _____	160
Tabla 7. <i>Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2016</i> _____	161
Tabla 8. <i>Rutina de los residentes en la ACBC</i> _____	257

Introducción

El presente documento se elaboró como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciatura en la carrera de Trabajo Social. En primer lugar, para precisar el objeto de investigación, se procedió a realizar una revisión exhaustiva sobre los estudios que abordaran la categoría de sustancias psicoactivas y con ello se identificaron algunos de los vacíos investigativos. Específicamente el que interesó fue el de los servicios sociales de organizaciones no gubernamentales en el tratamiento para el consumo problemático de drogas, vinculado con la política pública en la materia, en tanto los estudios encontrados no agotaban la temática.

Producto de lo anterior, se colocó como pregunta de investigación: *¿Cómo se caracterizan los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez-Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en el marco de la política pública costarricense en la materia, durante el periodo 2017- 2018?* Para responder a esta interrogante y a los objetivos propuestos, el documento se estructuró en tres partes.

La primera de ellas se titula diseño teórico metodológico de la investigación, y está compuesta por cuatro capítulos. En el primero, se detalla el estado del arte que corresponde a una exploración exhaustiva de estudios alrededor del tema; en un segundo capítulo se especifican los objetivos que guiaron la tesis. Seguidamente, para una mejor comprensión de lo que se pretende investigar, en el tercer capítulo se ahonda en los referentes teóricos, destacando las categorías de: sustancias psicoactivas, Estado, política pública y organizaciones no gubernamentales. Por último, el cuarto capítulo corresponde al desglose de la estrategia metodológica, en la que se define el tipo de investigación, la ubicación espacial y temporal que en este caso alude a las dos organizaciones gubernamentales escogidas durante el periodo 2017-2018, la población participante, es decir las y los

funcionarios y funcionarias de dichas entidades, las técnicas de recolección y análisis de información, así como los grandes momentos del desarrollo investigativo.

En la segunda parte se desarrollan los hallazgos encontrados. En el primer capítulo se considera la reconstrucción de la política pública en materia de tratamiento del consumo de drogas, en donde se retoma el contexto internacional y nacional, haciendo énfasis en la situación económica y social relacionada a las sustancias psicoactivas, así como en los actores sociales que se involucraron en la atención del consumo de estas. En suma, se señala el marco normativo vigente a nivel internacional y nacional; y se culmina profundizando en los planteamientos estatales actuales que existen en el país, relacionados con la temática como planes nacionales de desarrollo, planes nacionales de salud, planes nacionales sobre drogas y las directrices en tratamiento ante el consumo de drogas.

El segundo capítulo, aborda los antecedentes de las organizaciones no gubernamentales que brindan servicios de tratamiento para la población consumidora de drogas, así como el análisis de las dos ONG elegidas. Para esto último, se especifican, en primer lugar, elementos de carácter organizacional tales como: el origen, la población meta, los recursos con los que cuenta, el proceso de planificación y evaluación; y, en segundo lugar, se profundiza en el proceso de tratamiento que brinda cada entidad en sus diferentes fases, identificando los alcances y limitaciones que poseen ambas ONG.

Finalmente, en la tercera parte, se exponen las conclusiones a las que se llegó con base en los objetivos planteados, y se indican las recomendaciones que se estimaron pertinentes para el ente rector en la materia, para las Organizaciones No Gubernamentales, para la Escuela de Trabajo Social y para futuras investigaciones en la materia.

PARTE I

Diseño teórico metodológico de la investigación

Capítulo I: Estado del arte

“Hay que romper con esa especie de tabú que nos impide hablar con libertad de aquello que nos duele, nos gusta, nos preocupa, nos atañe”

Jesús Oyambur (1997)

1.1. Presentación

El presente apartado corresponde al estado del arte, el cual tiene como finalidad recuperar los hallazgos de las diferentes investigaciones que han abordado la categoría de sustancias psicoactivas. Para hacerlo posible, se procedió a realizar una búsqueda de estudios en las bases de datos de la Universidad de Costa Rica (UCR), Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), la Universidad Estatal a Distancia (UNED) y revistas científicas.

En el proceso de exploración se utilizaron ejes descriptores entre los que resaltan: drogas, sustancias psicoactivas, consumo de drogas, uso y abuso de drogas, farmacodependencia, política pública y drogas, Estado y drogas.

Se encontró un amplio número de estudios, por lo cual se estableció como periodo de búsqueda 2010-2016, consultando un total de cuarenta y seis investigaciones¹, cada una fue

¹ León, Montero y Reyes (2012), Camacho (2014), Corella, González, Cruz y Valverde (2012), Jiménez (2010), Sánchez (2014), Jiménez (2015), Murillo y Mora (2012), Badilla (2013), Zumbado (2013), Campos, López y Montero (2011), Álvarez, Galeano, López y Noguera (2010), Badilla, González, Morales, Sequeira y Valverde (2015), Víquez (2011), Álvarez (2013), García (2014), Segura (2010), Pérez (2013), Sanjurjo (2013), Aguirre, Guzmán y Menocal (2015), García y Ortiz (2014), Castro (2016), Anchía y Jarquín (2011), Abdallah y Berrocal (2012), Arce, Bolaños y Zamora (2013), Brenes y Gutiérrez (2010), Gómez y Segura (2015), Prada y Soto (2014), Villafuerte (2014), Charpentier y Cornejo (2010), Cascante y Gómez (2011), Leiton (2011), Bermúdez (2011), Cordero, Loria, Morales y Vega (2012), Víquez (2012), Redondo, Valverde y Velásquez (2013), Arroyo y Castillo (2014), Jiménez, Quirós, Solís y Vega (2014), Araya y Fernández (2015), Calvo, Peralta, Quesada, Rodríguez y Stephenson (2015), Campos, Gamboa,

analizada de manera individual, prestando atención a las siguientes variables: objeto de estudio, referentes teóricos, estrategia metodológica, hallazgos y conclusiones.

Con base en lo anterior, se procedió a desarrollar un análisis con el fin de visualizar los aspectos que ya se habían estudiado, y aquellos que requerían de mayor profundidad. De esto se obtuvieron dos categorías de análisis, la primera es el consumo de sustancias psicoactivas como tal, de la cual se consideraron la experiencia y vivencia de poblaciones particulares, y con estas las estrategias de prevención y rehabilitación. La segunda categoría es el estudio de políticas públicas, teniendo las políticas antidrogas y las sociales.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados obtenidos de la revisión de las diversas investigaciones consultadas.

1.2. Consumo de sustancias psicoactivas

Se encontró que varias fuentes consultadas enfocan la mirada en el tema de consumo y coinciden en que existen aspectos que influyen en la decisión de una persona para utilizar sustancias psicoactivas, entre estas resaltaron: las sensaciones placenteras que producen (Brenes y Gutiérrez, 2010, Redondo, Valverde y Velásquez, 2013, Doga 2015 y Arroyo y Castillo, 2014); el deseo de experimentar (Villafuerte, 2014); la presión por parte de grupos de pares (Gómez y Segura, 2015, Calvo, Peralta, Quesada, Rodríguez y Stephenson, 2015 y Campos, Gamboa, Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos, 2015) y la promoción de su uso desde el mercado al colocarle como un producto más (Sánchez, 2016).

Asimismo, se encontraron factores de riesgo que colocan en una situación de vulnerabilización a las personas frente al consumo problemático, estos fueron agrupados a nivel personal, familiar y estructural. Dentro de los factores más citados a nivel personal, se identificaron baja autoestima, poca asertividad para la resolución de conflictos, malos

Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos (2015), Castillo (2015), Doga (2015), Ramírez (2015), Carmona, Carrillo y Potoy (2016), Quesada (2016) y Sánchez (2016)

hábitos, una ausencia de proyecto de vida (Álvarez, 2013 y Víquez, 2011), nulo o escaso autocuidado (Araya y Fernández, 2015), así como poco desarrollo neurofisiológico, especialmente en la población adolescente (Calvo et al, 2015); en el estudio de Campos et al (2015) se encontró que las madres de las personas usuarias de drogas hicieron consumo de drogas durante la gestación, desencadenando en estas una dependencia desde la primera infancia.

A nivel familiar, Jiménez (2010), Brenes y Gutiérrez (2010), León, Montero y Reyes (2012), Murillo y Mora (2012), Víquez (2011), Corella, González, Cruz y Valverde (2012), Prada y Soto (2014), Villafuerte (2014), Gómez y Segura (2015), Araya y Fernández (2015), Castillo (2015), Calvo et (2015), Campos et al (2015) y Jiménez, Quirós, Solís y Vega (2014) identificaron problemáticas que se experimentan dentro del grupo, tales como la poca o nula comunicación entre sus miembros, poca afectividad dentro del grupo, hacinamiento habitacional, figuras maternas o paternas debilitadas o inexistentes, violencia física, psicológica y sexual, consumo dentro del grupo familiar o bien una infancia fuera del hogar.

Ante esto, Prada y Soto (2014) exponen la necesidad de propiciar espacios de interacción en el cual se trabajen las problemáticas familiares, especialmente porque las autoras en su práctica dirigida evidenciaron los resultados positivos de abordar terapéuticamente al grupo familiar en su conjunto. Víquez (2012) y Bermúdez (2011) encontraron además que el apoyo familiar era un factor de protección en las personas usuarias de sustancias psicoactivas.

Corella et al (2012), afirman que el ambiente comunitario, es un factor que puede sumar a la construcción de la ruta de vulnerabilidad para el uso y abuso de sustancias psicoactivas, ejemplo de esto es el hallazgo de Arroyo y Castillo (2014) quienes identificaron que las zonas rurales tienen una oferta de oportunidades reducida para que la población haga frente a su subsistencia, por ende inicia la migración a zonas urbanas, enfrentándose a situaciones

que contribuyen a la vulnerabilización, entre las que se destacan el desarraigo, el desempleo y pocas o nulas redes de apoyo.

En lo que atañe a elementos macro estructurales, Murillo y Mora (2012), Corella et al (2012), Araya y Fernández (2015), Jiménez (2015) y Calvo et al (2015) recalcan la expulsión de estas personas del sistema educativo, propiciando una tendencia de baja escolaridad, lo cual, como lo señala Corella et al (2012), genera oportunidades limitadas para involucrarse en el mercado laboral, con ello se propicia: el involucramiento con el trabajo informal, el riesgo de optar por realizar actividades ilegales (Campos et al 2015), quedar en situación de callejización (Campos et al 2015 y Redondo, Valverde y Velásquez, 2013) o bien la decisión de involucrarse en prostitución (Jiménez et al, 2014).

Murillo y Mora (2012), Corella et al (2012), Calvo et al (2015) y Campos et al (2015) retoman como un factor de riesgo macroestructural adicional, la precaria condición material de vida que presenta la población usuaria de drogas, ya que en sus investigaciones se halló que la tendencia de la población participante era una condición socioeconómica inestable, además que las falencias vividas por esta situación tuvieron alguna relación con el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

Debido a lo anterior, se afirma que el consumo problemático de drogas no es una decisión libre, sino que es el resultado final de atravesar una ruta de vulnerabilización, con poco o nulo apoyo por parte de las redes con las que debería contar toda persona: familia, escuela, pares, instituciones sociales; culminando en priorizar el consumo y desencadenando así problemáticas de dependencia, que impactan la esfera personal y social (Viquez, 2012).

Ante esto, Jiménez (2015) recomienda profundizar en los factores de riesgo, pero más allá de eso, crear estrategias para atenderlos, entre ellos fomentar la auto eficiencia en las personas para poder afrontar y disminuir el impacto que pueden tener hacia estas las sustancias psicoactivas. Al respecto, Álvarez (2013) y Camacho (2014), proponen que para

atender los factores de riesgo, es preciso un trabajo comunal y educativo, vinculado con actividades recreativas, artísticas, deportivas, dando un mejor uso del tiempo libre, y mayor participación e involucramiento en actividades positivas para el desarrollo de una autoestima fuerte, el manejo de emociones, entre otros.

Por otro lado, varios estudios encuentran que la edad de consumo inicial es muy temprana, ubicándose en la preadolescencia y adolescencia. En el estudio bibliográfico realizado por García (2014), se confirma que las personas más afectadas son jóvenes entre 12 y 19 años, por ello el tema de prevención se trabaja principalmente con este grupo etario. La tendencia en otros estudios varía, pero se ubica siempre dentro de ese rango de edad, en el de Jiménez (2010), León, Montero y Reyes (2012), Murillo y Mora (2012) Calvo et al (2015) el rango fue de 8 a 14 años de edad, en el estudio de Corella et al (2012) fue de 11 a 15 años de edad y en el de Brenes y Gutiérrez (2010) y Carmona, Carrillo y Potoy (2016) se ubicó entre los 13 a 15 años de edad.

De acuerdo con las investigaciones de Jiménez (2010), León, Montero y Reyes (2012), Murillo y Mora (2012), Álvarez (2013), García (2014), Corella et al (2012) Villafuerte (2014), Redondo, Valverde y Velásquez (2013), Campos et al (2015) y Carmona, Carrillo y Potoy (2016), las sustancias de inicio fueron el alcohol y el tabaco, hecho que coincide con las estadísticas nacionales.

Posteriormente, la experimentación se da con drogas clasificadas en el país por su venta como ilícitas, entre estas la marihuana, la cocaína y el crack. Según el estudio de Murillo y Mora (2012), Charpentier y Cornejo (2010), Calvo et al (2015) y Carmona, Carrillo y Potoy (2016) de estas tres señaladas, la de mayor consumo es la marihuana. Jiménez (2010) lo comparte y añade que desde lo encontrado en su investigación es esta última, la droga que tiene mayor demanda de tratamiento.

Empero, Campos et al (2015) afirman que las sustancias lícitas, es decir alcohol y tabaco, son las que mayor impacto tienen en la salud de las personas participantes en su

investigación; no obstante, parece que no hay prioridad en el cese de su consumo. Aunado a esto, Arroyo y Castillo (2014) aluden a que es poca o nula importancia la que se le presta a los fármacos, aun cuando estos de igual forma pueden generar consumo problemático y secuelas en el estado de salud de las personas usuarias.

Otra conclusión es la de Villafuerte (2014), esta señala que en cuanto al consumo no se presentan diferencias de género significativas. No obstante, Jiménez (2015) y Sánchez (2016) no comparten esta afirmación, pues para ambas este aspecto sí media, ya que existen varios puntos de desencuentro entre hombres y mujeres consumidores de sustancias psicoactivas, destacando las motivaciones para consumir, los efectos causados en el cuerpo y el número de consumidores, donde la tendencia es que los hombres hagan mayor consumo que las mujeres (Calvo et al, 2015).

Con respecto a este último, Badilla (2013) suma que los procesos químicos que se experimentan en el cerebro son distintos según el sexo biológico, por lo que el estado de dependencia posee características distintas para cada uno. La misma autora afirma que las mujeres se encuentran más propensas a padecimientos vinculados al consumo problemático de drogas.

En cuanto al tipo de sustancias utilizado por la población femenina, Murillo y Mora (2012), Badilla (2013) y Arroyo y Castillo (2014), encontraron que un gran porcentaje hace uso de fármacos, evidenciando que su consumo problemático puede generar una conducta adictiva, tal y como las demás sustancias psicoactivas. A la vez, se afirma que las mujeres tienen mayor inclinación hacia estos, debido a que la sanción moral y el estigma social es menor (Murillo y Mora, 2012 y Badilla, 2013), recomendado por lo tanto profundizar en las representaciones que se tiene sobre estos, en la información y en el uso que se les da.

Esta sanción moral se intensifica cuando son madres, ya que tradicionalmente bajo el sistema patriarcal, a la mujer se le ubica en el sector privado, a cargo de las necesidades de su familia, así que la ruptura a esto, producto del consumo de drogas, intensifica la

desaprobación hacia estas personas; Jiménez et al (2014) comentan que quienes son madres y usuarias de drogas, son doblemente estigmatizadas, debido a la idealización que existe alrededor de la maternidad.

Sánchez (2016) comparte esta postura y afirma que debido a estas construcciones de la sociedad, los servicios sociales que atienden a mujeres en esta condición tienden a reproducir micropenalidades sobre estas, por ejemplo, al cuestionar u obstaculizar el desempeño de su maternidad.

En cuanto a lo indicado, Zumbado (2013) recalca que las mujeres por sus condiciones materiales de vida y la falta de oportunidades se involucran en la introducción de drogas a centros penitenciarios, siendo eventualmente privadas de su libertad, o bien, según Jiménez et al (2014), en prácticas de prostitución que se enlazan con el inicio de consumo de sustancias psicoactivas.

Además de lo anterior, las mujeres cuando no son ellas las usuarias directas de drogas, son expuestas a una relación de codependencia con quien sí consume (Sánchez, 2014), generando de igual forma un involucramiento con las drogas.

Jiménez (2010) y Campos, López y Montero (2011) al descubrir que existen diferencias en los patrones de consumo, las sustancias de preferencia y la vivencia de la dependencia concluyen que es de gran importancia atender con mayor profundidad y por separado las vivencias de los hombres y las mujeres ante el consumo de drogas, ya que es poca la información producida. Jiménez et al (2014) propone que la atención debe darse a través de equipos especializados en la materia.

En lo que respecta al tema de prevención, la investigación realizada por Cascante y Gómez (2011) encontró que las niñas y los niños entrevistados tenían desconocimiento o un conocimiento erróneo sobre las sustancias y sus efectos, esto debido a que la información compartida por sus encargados fue escasa y con censura.

Por su parte Carmona, Carrillo y Potoy (2016) confirmaron que las y los adolescentes tienen información sobre las sustancias psicoactivas, no obstante, debido a esta división entre sustancias lícitas e ilícitas, su conocimiento se basa en las consecuencias que tiene para la salud el consumo de drogas ilegales, descuidando la información sobre las drogas legales, concluyendo con un conocimiento parcializado. Víquez (2011) por su parte, resalta que hay dudas y confusiones en la información que maneja este grupo etario, debido al temor de informarse y/o hablar con personas adultas sobre el tema.

La desinformación también se presenta en la población adulta, Camacho (2014) comenta que debido a que usualmente la información que manejan las personas es a la que han podido acceder desde su experiencia, no teniendo claridad sobre los efectos a mediano y largo plazo.

Además de ello, Corella et al (2012) encuentran que las personas equiparan el término droga tan solo a las sustancias psicoactivas ilícitas, dejando por fuera el alcohol, el tabaco y los fármacos (Arroyo y Castillo, 2014). Lo que demuestra que respecto al tema se maneja información errónea, producto de la vinculación con constructos morales y legales (Cascante y Gómez, 2011, Castro 2016, Charpentier y Cornejo, 2010 y Calvo et al, 2015).

Redondo, Valverde y Velásquez (2013) afirman que esto propicia que haya menor percepción de riesgo sobre el uso y con ello se presente un abuso de estas sustancias. Al respecto Sánchez (2016) señala que detrás de la percepción de riesgo disminuida ante las drogas legales hay presencia de intereses económicos.

Charpentier y Cornejo (2010) le suman el arrastre de estereotipos que se tiene en el colectivo social sobre las drogas y sobre las personas que las utilizan, creando información que es refutable. Asimismo, Cordero, Loría, Morales y Vega (2012) comparten que también se maneja un imaginario erróneo sobre la responsabilidad de promocionar la prevención del consumo problemático, ya que la ciudadanía delega la responsabilidad a entidades y no se percatan de la responsabilidad individual en construir espacios saludables.

De allí que autores como Camacho (2014), García (2014), Villafuerte (2014), Badilla, González, Morales, Sequeira y Valverde (2015), Cascante y Gómez (2011), Víquez (2012) y Cordero et al (2012) afirman que es fundamental la participación de la familia, comunidad y escuela, pero además señalan el valor de educar a la población en todas las edades, con veracidad.

En relación con lo anterior, Víquez (2012) subraya la necesidad de que se implante una guía de información para las personas que tienen contacto directo con la población menor de edad y que trabajan procesos educativos, por ejemplo el cuerpo docente, ya que en su estudio encontró que esta es inexistente, dejando sin opciones de consulta a la población, pues tanto en casa como en la escuela no se recibe orientación.

García (2014) recomienda que la información que se brinde en el trabajo de prevención sea con el fin de disminuir el nivel de tolerancia que se ha creado socialmente ante el consumo de drogas lícitas, así no se da una sobrestimación de sus consecuencias. Recomienda como estrategia incursionar en las nuevas tecnologías para socio-educar, lo cual es un elemento innovador puesto que, la población meta desde la intervención preventiva es la juventud, por lo que esta propuesta es pertinente. Por su parte, Víquez (2012) alude al uso de la arteterapia.

Sobre lo expuesto, Badilla et al (2015) refieren que la poca información que está siendo transmitida no está logrando los objetivos propuestos, razón por la cual recomiendan que los programas se desarrollen bajo otro enfoque, por ejemplo, el de reducción de daños. Esto debido a que la tendencia social es poner las drogas como un chivo expiatorio, siendo estas entonces atendidas desde un pánico moral colectivo. Charpentier y Cornejo (2010) evidenciaron en su estudio que las y los adolescentes usuarios de marihuana son criminalizados por la comunidad, aun cuando estos no tuvieran ninguna historia delictiva.

En suma a lo anterior, el estudio de Víquez (2012) arrojó las debilidades en cuanto a la cobertura de los programas de prevención del Instituto sobre Alcoholismo y

Farmacodependencia (IAFA), ya que si bien se tiene programas de prevención dirigidos a la población menor de edad, proyectados en coordinación con el Ministerio de Educación Pública (MEP), estos no son universales, su investigación en específico fue desarrollada en una entidad semiprivada y al poseer este carácter, el investigador encontró que ninguna de las personas participantes estudiantes de séptimo año, habían sido parte de algún programa de este tipo, quedando la reflexión de trabajar en estas limitantes para que el eje de prevención tome mayor fuerza.

Por último, ante el tema de la recuperación, Quesada (2016) señala que hay dos tipos de oferta en el país: la pública, la cual según su perspectiva es la que tiene la obligación de cumplir una cobertura nacional, empero enfrenta recortes presupuestarios; y la privada, materializada en las organizaciones no gubernamentales (ONG), que según la autora poseen buenas intenciones, sin embargo, tienen recursos escasos para actuar.

Badilla (2013) concluye que para mayor efectividad es preciso que el proceso se inicie de manera voluntaria, que tenga motivaciones reales y alcanzables, además que tengan que ver con un tema personal y no en función a otros. La autora, a manera de ejemplo, señala que en el caso de las mujeres generalmente se deposita la motivación en sus hijas e hijos, y no en sí misma, cayendo en un error. Por su parte, Campos, López y Montero (2011) suman que las redes de apoyo son esenciales para poder realizar y sostener cambios en la conducta, por esto, es valioso involucrar a la familia.

Álvarez, Galeano, López y Noguera (2010) comparten lo anterior y además proponen unir esfuerzos para dar una oferta de atención integral a la persona usuaria de drogas, pero también a quienes están cerca de esta: familia, hijas e hijos, pareja; para fortalecer el entorno inmediato, prevenir que se imite la conducta y finalmente promover un estado de bienestar en todas y todos los involucrados.

Bermúdez (2011) comparte estas premisas y profundiza en un modelo que las retome, ubicando el modelo psicosocial de adicciones de Peele (1985) en el cual se retoman la

persona como tal, el sistema familiar y el entorno que envuelve a ambos, promoviendo desde su investigación la aplicación de este, no obstante esta fue aislada, ya que a nivel país existe diversidad de enfoques. La investigación de Castillo (2015) es un ejemplo, ya que se ubica en Centros de Atención Integrales en Drogas (CAID) de Occidente, y el hallazgo es que impera el abordaje sistémico. Empero, aunque es un enfoque distinto, retoma la atención individual y la atención familiar.

Este enfoque, según la autora, contribuye a desmitificar la idea de que la única responsable de la situación es la persona consumidora, ya que generalmente se le autodenomina como enferma, así que al poner la vista en más esferas se comprende que la dinámica en general es la responsable, propiciando cambios en varios niveles, y contribuyendo a alcanzar un estado de salud adecuado.

Calvo et al (2015) discuten sobre los resultados que dan los procesos de tratamiento, ya que se alejan de lo esperado. En la investigación realizada por Campos et al (2015) con personas en situación de calle que consume drogas, las personas participantes señalan un descontento con las instituciones que les brindan apoyo durante el proceso de rehabilitación, ya sea por la duración de los programas, el trato recibido, las metodologías utilizadas, o bien, el egreso y el seguimiento. No se cumplen las expectativas de las y los usuarios sobre los programas de tratamiento (Quesada, 2016).

Sánchez (2016) recomienda que para tener resultados oportunos es preciso visualizar la condición de género a lo largo del plan de tratamiento y en las oportunidades que se crean para la reinserción social, ya que en las ONG estudiadas por la autora dejaron ver que las acciones son de carácter inmediatista, en tanto se ocupan únicamente de actividades asistencialistas y en el proceso de desintoxicación.

Leiton (2011) por su parte, concluye que la intervención debe superar el enfoque basado en enfermedad y al contrario debe promocionar la salud. De allí que este autor promueva el uso de la rehabilitación cognitiva, ya que en su investigación esta dio resultados positivos

en población usuaria de crack; por lo que recomienda que el grupo de profesionales llamados a la recuperación deben ampliar y actualizar sus conocimientos con el objetivo de dar una respuesta óptima a esta población y su necesidad de atención.

En el estudio de Redondo, Valverde y Velásquez (2013) esta premisa se comparte, los autores afirman que parte de la estrategia de promoción de la salud es educar en cuanto a las causas del uso y abuso de las sustancias psicoactivas, y esta es vista como una herramienta si se quieren lograr más y mejores resultados sobre la condición de salud de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

En cuanto a estrategias innovadoras para la recuperación, destaca también el estudio de Doga (2015) quien pone a prueba los resultados que puede dar la técnica de focusing, y confirma que tiene potencial para promover cambios paulatinos.

Por último, autores como Calvo et al (2015) y Redondo, Valverde y Velásquez (2013) hacen alusión a que para lograr el proceso de recuperación, es preciso considerar el eje de cobertura. En su estudio en particular, las y los autores concluyen que la demanda de atención al tabaquismo es alta y que la oportunidad de atenderse en una de las clínicas de cesación de fumado es únicamente para las poblaciones residentes de la Gran Área Metropolitana (GAM). Por su parte, Quesada (2016) añade que la oferta de camas a disposición por las ONG es escasa en comparación con el número de personas que necesitan el servicio, por lo cual concluye que la oferta debe crecer en cantidad y en calidad.

Este último punto, porque en su investigación Quesada (2016) encontró que un eje a considerar cuando se habla de calidad son las instalaciones, y la autora encontró que las ONG participantes de su estudio en su mayoría utilizaban un espacio físico para brindar los programas de tratamiento que no fue pensando con ese fin y que tampoco fue adecuado de la manera correcta.

Ramírez (2015) concluye de igual forma que es necesario una reflexión en torno a la prestación de servicios, puesto que el autor encontró que hay limitaciones en el aparato público para atender la temática, entre ellas la poca comunicación interinstitucional entre las entidades llamadas a atender, poco recurso material y humano, y poco respaldo por parte de las políticas sociales creadas en las administraciones gubernamentales, y todas estas atacan el componente de calidad del servicio y con ello la calidad de vida de las personas usuarias del mismo.

1.3. El estudio de políticas públicas alrededor del consumo de sustancias psicoactivas

La revisión realizada permitió determinar que una tendencia por estudiar las sustancias psicoactivas es desde el área de análisis de la política pública, desde dos aristas, una enfocada en las políticas antidrogas o en contra del tráfico ilícito, y otra desde la participación de la profesión de Trabajo Social en el tema.

En correspondencia con la primera arista, Segura (2010) señala que en Costa Rica las políticas para el control del narcotráfico dejan ver tres grandes objetivos: establecer alianzas estratégicas internacionales, crear y actualizar la normativa nacional y fortalecer el marco institucional.

En relación con el establecimiento de alianzas estratégicas, Segura (2010) afirma que Costa Rica en su construcción de políticas públicas en materia de narcotráfico, ha atendido lineamientos de carácter internacional. Esta posición es compartida por Aguirre, Guzmán y Menocal (2015) y Pérez (2013), quienes reconocen que a nivel país se ha tenido influencia de Estados Unidos para el manejo de legislación, estructura policial, entre otros.

Arce, Bolaños y Zamora (2013) agregan que con la firma de la Convención Única sobre Estupefacientes (1961), los países latinoamericanos se ven obligados a incorporar determinados elementos en el tema de drogas, sin considerar la particularidad de sus contextos.

Asimismo, Pérez (2013) y Aguirre, Guzmán y Menocal (2015) concuerdan al reconocer que la respuesta del Estado costarricense en la lucha contra el narcotráfico ha estado ligada a la aplicación de la ley, la cual a su vez está caracterizada por su carácter punitivo, mismo que se extiende a las políticas creadas en esta materia.

Producto de lo anterior, se da el fortalecimiento institucional, punto señalado anteriormente por Segura (2010) como uno de los objetivos propuestos desde las políticas públicas en el tema de narcotráfico. Este se ve reflejado mediante diversas acciones, entre estas se puede rescatar la elaboración de un nuevo plan de acción para la lucha contra el narcotráfico que incluye: la creación del Centro de Información Policial, la Comisión Especializada para Legitimación de Capitales, la profesionalización de los cuerpos policiales, la elaboración del Plan Antidrogas, el replanteamiento del trabajo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), entre otros.

Pérez (2013) y Segura (2010), en relación al eje de institucionalidad comparten que dentro del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) existe una débil capacidad de coordinación entre las diversas entidades involucradas en la atención del tema de drogas, así como falta de seguimiento. Sin embargo, Pérez (2013) señala que la labor del ICD se ve obstaculizada producto de su ley constitutiva, ya que esta limita sus funciones.

El estudio de Segura (2010) y Pérez (2013) concluyen que las políticas contra el tráfico ilícito son poco efectivas, razón por la cual Aguirre, Guzmán y Menocal (2015) demuestran que diversos gobernantes de América Latina están apostando por nuevas perspectivas.

Un ejemplo de lo anterior es el trabajo realizado por Sanjurjo (2013) quien presenta el caso de Uruguay, país que se caracterizaba por una política prohibicionista y punitiva, pero que dio un vuelco en el enfoque de intervención, pasando a la reducción de daños. Además, durante el desarrollo de su investigación el mismo autor señala que se estaba trabajando en una iniciativa de regulación de la producción, distribución y comercialización del cannabis,

ubicando como al principal regulador al Estado, buscando combatir el narcotráfico de manera distinta a lo planteado desde décadas anteriores en toda América Latina.

Castro (2016) menciona que en lo que respecta a la prohibición de marihuana a nivel país, se encuentra argumentada en mitos con poca base científica y que este tipo de legislación es característica del derecho penal autoritario. Por lo tanto, el autor considera que las propuestas alternativas que se dan desde otros países son más congruentes con la realidad social.

Incluso, García y Ortiz (2014) quienes realizaron una investigación a nivel latinoamericano sobre las opiniones de las personas respecto de las políticas antidrogas, encontraron que la mayoría de las personas las perciben como negativas, por lo que hay una inclinación por apostar hacia políticas públicas distintas.

Como segunda arista, se encontró el estudio de las sustancias psicoactivas desde el eje de políticas públicas con la especificidad de una perspectiva desde Trabajo Social. Bajo esta se encuentran las investigaciones que examinan la labor que realiza la profesión en el campo de las drogas.

Anchía y Jarquín (2011), Abdallah y Berrocal (2012) y Arce, Bolaños y Zamora (2013) recuperan elementos de carácter estructural para comprender el fenómeno de las drogas, teniendo como punto de partida el sistema capitalista, el cual convierte a las sustancias psicoactivas en un producto del mercado del cual se obtiene lucro.

Al capitalismo, se le suma un Estado de corte neoliberal, el cual busca un recorte en el aparato estatal, afectando directamente las políticas sociales, y con esto la atención que se le brinda a las personas usuarias de drogas.

En este sentido, Anchía y Jarquín (2011), resaltan que las políticas sociales se caracterizan por ser focalizadas, selectivas y condicionadas. Arce, Bolaños y Zamora

(2013) añaden que este tipo de políticas se encuentra desarticuladas, proyectadas a corto plazo y desasociadas de la cotidianeidad de la población.

Un elemento que genera esta caracterización es que de igual forma las políticas sociales en materia de atención al consumo de sustancias psicoactivas, son permeadas por lineamientos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), CICAD (Anchía y Jarquín, 2011), Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Organización de los Estados Americanos (OEA) (Arce, Bolaños y Zamora, 2013), los cuales pueden resultar descontextualizados a la realidad costarricense.

Por otro lado, Abdallah y Berrocal (2012), mencionan que las transformaciones de estas políticas impactan la labor de Trabajo Social. Puesto que, de manera directa, la profesión está determinada por el modelo de Estado vigente, el cual en este momento se caracteriza una reducción de su campo de acción. En lo que respecta a la atención de la población consumidora de drogas, se ha delegado gran parte de la intervención a ONG, elemento compartido por Arce, Bolaños y Zamora (2013).

En línea de la institucionalidad, Abdallah y Berrocal (2012) y Arce, Bolaños y Zamora (2013), encuentran que cada institución posee una visión específica de la temática, afirmándose que cada perspectiva se asocia a la naturaleza de trabajo de cada ente, principalmente desde área de salud y de seguridad.

Finalmente, Abdallah y Berrocal (2012) señalan que la profesión de Trabajo Social en Costa Rica ha estado inmersa en el abordaje del uso y abuso de drogas, desde los inicios con la creación de la Comisión de Alcoholismo hasta la actualidad, labor que se ha transformado a lo largo del tiempo, por condiciones de tipo contextual, institucional y político.

Según las mismas autoras, la intervención de la profesión se ha caracterizado por ser de tipo terapéutico, aunque también se da de corte socioeducativo promocional y labores de coordinación y toma de decisiones. Sin embargo, Arce, Bolaños y Zamora (2013) se

contraponen y afirman que la profesión tiene una limitada experiencia profesional e investigativa en este campo.

1.4. Áreas susceptibles de exploración

En el marco de los hallazgos del estado del arte se identificaron campos de posible investigación. El primero de ellos en relación a la variable de género dentro del consumo de sustancias psicoactivas, ya que como lo afirmaron las y los autores consultados, el consumo de drogas tiene implicaciones distintas tanto para mujeres como para hombres, y hasta ahora la principal diferenciación que se ha hecho en las investigaciones consultadas es en torno a las implicaciones que tiene esta conducta y el rol de maternidad.

En esta línea, autores consultados señalan que en relación a la vivencia del rol materno, tema que ha sido foco de investigación, también hay otras áreas que se pueden explorar, una de las mencionadas es profundizar en las consideraciones que toma el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) para suspender la patria potestad en personas usuarias de sustancias psicoactivas que están a cargo de menores de edad.

Un segundo vacío que se vislumbró fue en relación con profundizar en otras alternativas para atender el consumo, saliendo a relucir el enfoque de reducción del daño, sea para proyectos, programas o bien para la creación de políticas públicas. Esto en razón de los resultados limitados del enfoque prohibicionista que identificaron las y los autores; teniendo como motivación para el cambio los resultados de las experiencias latinoamericanas y europeas con la sustitución de este paradigma.

Las investigaciones consultadas también abren espacio al cuestionamiento sobre la viabilidad e implicaciones a nivel político, jurídico y social de la legalización del consumo en el país, como un enfoque dentro de la corriente anti prohibicionista, igualmente a partir de la experiencia que reflejan países latinoamericanos y europeos.

En síntesis, es posible ampliar lo que respecta a los niveles de atención. En cuanto a la prevención, las investigaciones dan cuenta que el trabajo que se realiza es dirigido a la

población menor de edad, y aunque se comprende que es debido a la mayor posibilidad de generar dependencia ante un consumo prematuro, la restante población queda invisibilizada.

De igual forma, no toda la población menor de edad está cubierta bajo los programas creados, pues estos se aplican en alianza con el MEP, por lo que quienes no estén dentro del sistema educativo formal no tienen cobertura. Dando este hallazgo oportunidad de crear estrategias de prevención desde otras áreas y para otro tipo de población, con el fin de llevar datos fidedignos que contribuyan a la disminución del consumo problemático.

En cuanto al nivel de tratamiento, se presentaron estudios que profundizan en la planificación y ejecución de estrategias de atención en centros de salud, centros educativos, centros diurnos, IAFA y ONG. Las investigaciones debido a su alcance dan cuenta de experiencias particulares, no agotando el tema.

Finalmente, al presentarse mayor atención en los ejes anteriores, resulta factible enfocarse en el último nivel del proceso de rehabilitación: la reinserción o estrategias de seguimiento, así como también alternativas para atender las recaídas, ya que son tópicos poco explorados en las investigaciones consultadas.

Capítulo II: Formulación y justificación del problema de investigación

“La misma política pública, especialmente en los sectores sociales, no puede ya diseñarse o ejecutarse sin al menos preguntar por el papel que cabe atribuir en determinada iniciativa programa a la acción de [...] organizaciones no gubernamentales”

Juan Carlos Navarro (1998)

Lo expuesto en el estado del arte visualizó un interés en estudiar las drogas en sí mismas, la prevención y atención en poblaciones particulares y las acciones del Estado ante el consumo y el tráfico ilícito, lo que puede dar cuenta de que este tema es una cuestión latente. Esto también es confirmado por los datos a nivel nacional en materia de tratamiento para personas con un consumo problemático, según el IAFA (2017a) el número de atenciones brindadas en sus servicios va en aumento².

En razón de que el consumo problemático de drogas es una situación que impacta la salud pública, y debido al rol mediador que socialmente se le deposita al Estado, es a este al que se le demanda brindar una respuesta, misma que se materializa a través de las políticas públicas. Estas últimas, a su vez, dotan de funcionalidad a la profesión (Montaño, 2009), pues a partir de lo que establecen se crean servicios sociales, y es Trabajo Social una de las profesiones encargadas de implementarlos.

No obstante, se debe de tomar en consideración que el aparato estatal es contradictorio, dinámico y sufre transformaciones; por ende, las acciones que propicia también cambian de manera continua y con ello las prioridades de atención y las estrategias.

En el contexto del *Welfare State*, al ponerse la “cuestión social” como blanco de las políticas sociales estatales, aquella es *internalizada en el orden económico-político* (ver

² Ver anexo 1

Netto, 1992: 26), en el contexto actual la respuesta social tiende a ser nuevamente *externalizada*, transferida para el ámbito inmediato e individual. (Montaño, 2004, p.3)

Con la instauración del modelo neoliberal, el Estado enfrenta una reducción en su papel, dándosele un protagonismo al mercado, el cual tiene como propósito lucrar, dejando de lado el bienestar social. Lo anterior, consecuentemente, afecta las políticas sociales, Montaño (2004) señala que estas son reorientadas de tres maneras: a) son privatizadas, las respuestas de las necesidades de las personas son lanzadas a competir en el mercado o transferidas a la sociedad civil, b) son focalizadas, es decir, se enfocan en poblaciones y necesidades sumamente específicas, c) son descentralizadas administrativamente provocando recursos insuficientes para atender la situación.

Lo anterior se repite en la atención al consumo problemático de drogas, Abdallah y Berrocal (2012) en su tesis concluyen que en el periodo de estudio escogido 1986-2010 se evidenciaron cambios importantes “principalmente porque IAFA surge en un contexto en donde los PAEs se estaban implementando; esto trae como consecuencia cambios institucionales, y surgen así los Centros de Atención manejados principalmente por ONGs” (p.232).

Precisamente sobre estas, Chacón (2014) da cuenta del papel protagonista que tienen en el tratamiento a personas con consumo de drogas, para el año 2013 identificó que en todo el país había presencia de un total ciento seis entidades que daban atención al respecto, detallando que: veintiséis correspondían a centros de salud, nueve a CAID y setenta y uno eran ONG³. Es decir, prácticamente más de la mitad de instituciones que intervienen son de carácter no gubernamental.

Por su parte, el IAFA afirma que al año 2017 existen cincuenta y cinco ONG acreditadas que atienden la temática de drogas (IAFA, 2017b), de las cuales veintiséis recibieron apoyo

³ Ver anexo 2

económico de fondos públicos para su funcionamiento⁴ (IAFA, 2017c). Esto demuestra que el aparato público no sólo delega tareas a otros, sino que dota de presupuesto como una forma de apoyar el trabajo que realizan.

Como muestran los datos, la presencia de estas es indiscutible y, directa o indirectamente, se les ha involucrado en la responsabilidad de atender a la población consumidora de drogas, de ahí el interés de profundizar en ellas.

Asimismo, la profesión de Trabajo Social ha sido pionera en materia de tratamiento a personas con consumo problemático (Abdallah y Berrocal, 2012), y en la actualidad no se ha perdido su presencia ya que los espacios de trabajo se han abierto a las entidades no gubernamentales.

Montaño (2004) señala que la crisis que hubo en el periodo de bienestar, no sólo propició transformaciones en el sector estatal y las políticas sociales, sino en la profesión en sí misma, realizando un cambio en el espacio socio ocupacional. A lo que Quesada (2008) añade que “algunas organizaciones del “Tercer Sector” han visto la necesidad de incorporar, en sus estructuras organizativas, la participación de profesionales de las ciencias sociales, entre ellas, trabajadores sociales, como una forma de profesionalizar la generación y ofrecimiento de servicios sociales” (p. 108).

Por ende, estudiar la intervención que realizan las ONG en el tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, tomando en consideración la relación entre el tercer sector y el Estado que ha generado el nuevo modelo de desarrollo es pertinente, en tanto el tema no está agotado, y a su vez este ejercicio investigativo permitiría tener una mejor comprensión sobre los aportes, limitaciones y desafíos que enfrentan las mismas, y la manera en que se pueden mejorar a favor de la población usuaria de drogas.

⁴ Ver anexo 3

Por lo desarrollado anteriormente, se plantea como problema de investigación:

¿Cómo se caracterizan los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en el marco de la política pública costarricense en la materia, durante el periodo 2017- 2018?

2.1. Objeto de estudio

Los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán, para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el marco de la política pública costarricense en la materia, durante el periodo 2017-2018.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General.

Analizar los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el marco de la política pública costarricense en la materia durante el periodo 2017-2018, con el fin de establecer los principales alcances y limitaciones para el fortalecimiento de su atención.

2.2.2. Objetivos Específicos.

I. Reconstruir la política pública costarricense vigente en materia de tratamiento ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

II. Determinar los servicios sociales que ofrecen las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

III. Identificar los principales alcances y limitaciones de los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Capítulo III: Fundamentación teórica en torno al consumo de sustancias psicoactivas

“Se olvida fácilmente que los efectos de un producto dependen menos de las propiedades químicas o farmacológicas que de las expectativas de quien las consume, así como del modo o del contexto donde se consume”

Paola Mazzotti (2008)

En el presente apartado se exponen las categorías teóricas que se vinculan con el problema de investigación, teniendo en orden de exposición, la categoría de consumo de sustancias psicoactivas como eje transversal del estudio, seguida del Estado como una institución social creadora de la política pública y partícipe de los procesos de intervención, y por último las ONG como un actor emergente dentro de la sociedad civil que participa en la implementación de dicha política.

3.1. Sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas es un hecho complejo en tanto existe un conjunto de aspectos personales, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen no sólo en el uso de estas, sino que también en la manera que se les percibe.

Resulta necesario comprender los discursos estructurales que se han construido alrededor de las mismas, pues estos han influenciado la manera en que se atiende y se visualiza a la persona consumidora de drogas, dando paso a políticas internacionales con enfoques particulares.

Profundizar sobre esto es un aporte para esta investigación, en tanto posibilita reflexionar sobre el impacto de estos a nivel país. Sin dejar de lado, la posición de las investigadoras alrededor de las sustancias psicoactivas.

3.1.1. Discursos ideológicos alrededor del consumo de sustancias psicoactivas.

Del Olmo (1998) tomando como base lo expuesto por González, realiza un esfuerzo por comprender y explicar los discursos que se han creado alrededor de las sustancias

psicoactivas, concluyendo que existen tres grandes modelos: ético jurídico, médico sanitario y geopolítico estructural.

El discurso ético jurídico se ubica en la década de los cincuenta, y cataloga el consumo como vicio o perversión moral, encasillando a la persona que hace uso de sustancias psicoactivas como desviada social o delincuente.

Esta apreciación se respalda desde un discurso de otredad, donde la visión era que quienes consumían eran los otros, los no estadounidenses, los que pertenecían a subculturas o bien a grupos minoritarios, entre los que destacaban personas mexicanas y afrodescendientes (Del Olmo, 1998). Estas personas además de ser de otra nacionalidad, eran parte de la clase social subalterna, por lo cual, ambas características dieron lugar a que la explicación del consumo fuese desde un corte moral y clasista, creándose un estereotipo.

Debido a que la noción alrededor del consumo se entendía como una perversión moral, la acción propicia según quienes así la entendían era combatirla, y el medio utilizado era la sanción moral, acompañada generalmente de la represión y del encarcelamiento.

El segundo modelo es el médico sanitario, este se ubica en la década de los sesenta, y su principal premisa es que el uso de la droga es un tema de salud, por lo que se reestructura la visión hacia la persona consumidora de drogas, pasando de ser una o un desviado social a una persona enferma.

Para este periodo, el consumo no era un asunto de subculturas, la juventud de clase media y clase alta de Estados Unidos, estaban haciendo uso de sustancias como la dietilamida de ácido lisérgico (LSD); además estaba el Movimiento Hippie, lo cual dio un giro en la cosmovisión del fenómeno (Del Olmo, 1998). Ante esta nueva realidad, las intervenciones dejaron de ser represivas, para dar paso a estrategias de tratamiento para quienes presentan dependencia, involucrando el aparato de salud pública y a profesionales del área.

Además, señala esta autora que al introducirse la concepción de enfermedad adictiva – término que acuña el enfoque- se dieron reformas importantes: se inició la exploración en opciones de tratamientos para alcanzar un estado de recuperación, es decir, el tema pasó de ser un hecho privado a ser de interés público. También, se dio la oportunidad de cambiar la sentencia judicial a una menor pena, si accedía a participar en estos programas; acto que provoca en el imaginario social una disminución del estigma que se tenía hacia esta población. Empero, se debe rescatar que el modelo anterior y este, coexistían, es decir, aún se arrastraban estereotipos sobre la población consumidora de drogas.

Estas teorizaciones características de un modelo de salud, surgieron y se reprodujeron desde entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), así que este, al ser respaldado por entidades internacionales, tuvo gran reconocimiento y alcance.

Como parte de este paradigma médico-sanitario, nace el interés de buscar al culpable, pues ya la persona consumidora no es el responsable directo, en tanto presentaba una enfermedad, lo fundamental eran capturar a aquellos ““vampiros” que estaban atrapando a tantos “hijos de buena familia”” (Del Olmo, 1998, p.16), es decir, quienes facilitan la adquisición de las sustancias.

Es por lo anterior, que para la década de los ochentas se fortalece esta idea de que es importante “distinguir entre consumidor y traficante. Es decir, entre enfermo y delincuente” (Del Olmo, 1998, p. 22), lo que da lugar al fortalecimiento del último modelo, el geopolítico-estructural.

Según la misma autora, este generó el fortalecimiento de los tratamientos para las personas con problemas de consumo, pero especialmente la creación de material jurídico penal para castigar a quienes producen y distribuyen las sustancias, actividad denominada como tráfico. Un elemento por recuperar es que dicho tráfico genera movimientos importantes de dinero, con esto, se intensifica la preocupación por controlar esta

subeconomía.

Para hacer posible el control de la producción, uso y de la mencionada subeconomía derivada del tráfico, desde Estados Unidos se crearon una serie de leyes y reglamentos para garantizar que aquellas personas que produjeran y distribuyeran sustancias psicoactivas de manera ilegal, pudieran verse enfrentadas a una sanción.

Producto de la existencia de un nexo entre Estados Unidos y los países latinoamericanos, estos últimos se vieron en la obligación de participar y acatar todas las normativas y directrices que se dieron en cuanto al control sobre la comercialización de estas sustancias, con ello todos los países estaban comprometidos en la guerra contra el tráfico de drogas.

Si hay algo que tienen en común estos discursos, es que las drogas siguen siendo el chivo expiatorio, ya sea como una sustancia que pervierte a las personas, como un virus contagioso que se debe controlar o como el enemigo público que genera flujos de dinero ilegales y facilita que el consumo.

Estas interpretaciones tuvieron influencia no sólo en la manera en que se percibían las drogas, sino en la manera de actuar ante las mismas, provocando a su vez, enfoques que guiaban la intervención a realizar en la materia.

3.1.2. Políticas internacionales creadas alrededor del consumo y producción de sustancias psicoactivas.

Además de los discursos ideológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas, existen también teorías que se desarrollaron y guiaron el enfoque de las políticas internacionales para atender el consumo y la producción de drogas.

Como grandes paradigmas se encuentra el prohibicionismo y al anti prohibicionismo, de este último se derivan varias propuestas: descriminalización, despenalización, legalización y reducción del daño.

3.1.2.1 Prohibicionismo.

El prohibicionismo como primer gran paradigma generalmente es ubicado en el pasado inmediato en Estados Unidos alrededor de la década de los sesenta y setenta, y se ve reforzado con el gobierno de Richard Nixon (1969-1974), debido a que este es quien declaró abiertamente una “guerra contra las drogas”.

Este enfoque fue extrapolado a diversos países, inicialmente a través de la firma de la Convención Única sobre Estupefacientes (1961), tratado que buscó tomar control en la producción de estupefacientes, es decir preparados con sustancias psicoactivas que tienen un efecto terapéutico, procurando que hubiera un uso exclusivo para fines científicos o médicos, eliminando la permisibilidad de cualquier otro tipo de uso; esto último se enlaza con el discurso médico-sanitario.

El objetivo principal del prohibicionismo es vetar todo aquello relacionado a la esfera del consumo, producción y comercialización de sustancias psicoactivas ilegales, bajo la consigna de alcanzar un mundo libre de drogas, sustentándose en la idea de que “[...] si no hay drogas no hay consumo de esas drogas, y a fortiori no puede haber abuso de las mismas. Por consiguiente, hay que prohibir en forma absoluta su producción y comercialización” (Uprimny, 1997, p.147).

No obstante, esto rige estrictamente a las sustancias jurídicamente ilegales, lo que lleva a reflexionar que las legales son protegidas por la tolerancia social que ya adquirieron, y por ende, solo pueden ser controladas en producción, indiferentemente si tienen menor o mayor impacto en la salud.

Esta política antidrogas utiliza determinadas tácticas para lograr su objetivo, a nivel terapéutico sus acciones se dirigen hacia la abstinencia (OPS-OMS, 2014), lo cual se refleja a su vez en los programas de prevención y atención de cero tolerancia a las drogas; también hace uso de políticas represivas para la disminución de la demanda, tales como la “intervención militar, fumigación aérea, medios de subsistencia alternativos, patrullaje de

fronteras y criminalización del consumo (como un mecanismo para privar a la oferta de su demanda)” (Collins, 2014, p.9).

A pesar de la inversión de recursos y la intensificación de la represión, como lo señalan diversos autores, esta propuesta no ha tenido los efectos esperados. Felbab-Brown (2014) considera que las metas no fueron posibles de cumplir debido a que los supuestos básicos que se manejaban eran erróneos y sus efectos colaterales han sido de gran impacto para los pueblos, entre ellos:

difundidas violaciones a los derechos humanos; mayor marginalización política, económica y social de los agricultores de cultivos ilícitos; desestabilización de los gobiernos locales; alienación de poblaciones locales; fortalecimiento de lazos entre grupos subversivos y poblaciones locales; e incremento de la violencia perpetrada por las DTO y otros grupos criminales (p.43).

Como se deja ver, este enfoque de política profundiza en el control que puede generar en la oferta, excluyendo la arista de la demanda, pues la idea de promover la abstinencia total es poco acertada en tanto siempre ha existido vínculo entre el ser humano y la naturaleza.

3.1.2.2 Anti prohibicionismo.

Debido a que las medidas prohibicionistas no han sido efectivas emergen nuevas posiciones, enmarcados bajo un paradigma denominado por Del Olmo (1992) como anti-prohibicionismo. Dentro de este, se distinguen según su intención cuatro enfoques, a saber: descriminalización, despenalización, legalización y reducción del daño.

Estos enfoques son diferentes entre sí, sin embargo comparten ciertos preceptos. En primer lugar, se coloca como premisa que las sustancias psicoactivas no van a desaparecer pues han acompañado a la humanidad en su evolución. Asimismo, su uso es milenario, la distinción está en el grado de conocimiento que se tenga acerca de sus propiedades y de la intención de uso que se les dé.

En segundo lugar, se coloca la distinción jurídica entre sustancias lícitas e ilícitas, la cual “en términos de daño a la salud, es arbitraria y no responde a la realidad. Hay drogas ilícitas que no presentan peligro, en cambio hay drogas lícitas que sí lo presentan” (Del Olmo, 1992, pp.118-119).

Como tercer punto, la autora considera que el abuso de la legislación puede resultar más perjudicial que el abuso de drogas en sí mismo, como ejemplo señala que se ha registrado un colapso en el sistema judicial con gran número de procesos legales en relación con el tema, provocando hacinamiento en centros penitenciarios. También se encuentra que la clandestinidad de la actividad ha generado una organización criminal alrededor de las sustancias ilegales, colocando en un escenario de violencia tanto a las personas involucradas directamente como indirectamente, y una economía no registrada debido a que el tráfico genera flujos de gran cantidad de dinero.

Considerando lo anterior, cada uno de los enfoques ha construido nuevas propuestas para atender la situación de las drogas.

3.1.2.2.1. Descriminalización y despenalización.

Estos buscan superar el estereotipo que se ha construido alrededor de las personas involucradas con las drogas, visualizándoles como criminales y no haciendo separación entre los consumidores recreacionales y los grandes productores por poner un ejemplo, teniendo sanciones proporcionalmente similares; cuando en realidad cada uno tiene intenciones y beneficios distintos.

La descriminalización y la despenalización son semejantes, pero según Del Olmo (1992) la primera no busca modificar la legislación existente como sí lo hace la segunda, sino que considera que puede existir una “descriminalización de jure”, en donde no se aplica la ley aun cuando exista o bien una “descriminalización de facto” que considera la ley existente pero le da una aplicación más flexible.

Por ende, esta propuesta plantea hacer una mayor reflexión sobre los actos de

adquisición, posesión y consumo de sustancias psicoactivas, para que haya mayor rigurosidad en las que se deben catalogar como transgresiones legales, y en las que no, considerar otro tipo de sanciones, por ejemplo las administrativas.

Para Luiz (2012) este enfoque retoma una ética basada en derechos humanos, en tanto se evita desperdiciar recursos en estrategias que no funcionan y, por el contrario, se trabaja en descriminalizar determinados delitos y reducir las penas en otros, así como invertir en opciones terapéuticas, asistenciales, educativas, que pueden apoyar en la sensibilización de la temática.

3.1.2.2.2. Reducción del daño.

Este nace alrededor de la década de los ochenta en países europeos, con el objetivo de disminuir la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) que se generó dentro de la población consumidora de sustancias psicoactivas, especialmente las que las ingerían por vía intravenosa, pues se compartían instrumentos y se hacía un uso inadecuado de los mismos, generando una transmisión importante del virus (Romero, Oviedo-Joekes, Mach y Markes, 2005).

Además del VIH/SIDA, esta población al compartir jeringas se contagiaban de otro tipo enfermedades o infecciones como hepatitis B y C, infecciones bacterianas locales y sistémicas.

Esta propuesta de intervención retoma que las conductas peligrosas que se encuentran ligadas al consumo de drogas, se pueden disminuir mediante información real; si bien el prohibicionismo ha utilizado esta estrategia, las políticas y los programas creados reproducen prejuicios morales e ideológicos, dando como única opción la abstinencia.

Las conductas peligrosas ligadas al consumo de drogas se pueden ver incrementadas por factores cualitativos como cuantitativos. Markez y Póo (2000) señalan que los primeros se refieren al acceso, preparación, vía de administración, lugar de consumo, patrones de consumo y cuidados posteriores; los segundos son con respecto a la dosis, frecuencia,

potencia de la sustancia, entre otros.

Con esta información, desde la reducción del daño se tiene como fin disminuir las consecuencias negativas de determinados comportamientos en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo claro que no todas las personas consumidoras quieren o pueden detener la ingesta de las mismas.

Además, se visualiza a la persona como un ser sujeto de derechos y con capacidad de decisión sobre su vida, por lo tanto, este enfoque busca fomentar y facilitar un consumo seguro, tratando de ser más coherentes con la realidad y dejando de lado actitudes moralistas y represivas.

3.1.2.2.3. Legalización.

Esta propuesta busca que las drogas consideradas ilícitas, cambien al grupo de legales. Esto partiendo según Nadelmann (citado en Del Olmo, 1992) en dos ideas; la primera es que la mayoría de las sustancias psicoactivas ilegales no son tan peligrosas como se cree, y en segundo lugar, aquellas que sí demuestran ser más riesgosas, no son atractivas debido a los daños que pueden ocasionar.

Dentro de este enfoque, existen dos tipos de legalización, la competitiva sin intervención gubernamental, que implica colocar las drogas como una mercancía más que regule el mercado en su tensión oferta-demanda.

[...] parte de una confianza en el poder regulador del mercado y de la idea de que el Estado no puede impedir que una persona se haga daño a sí misma, y por ende concluye que las sustancias psicoactivas deben estar sometidas a reglas de mercado similares a las de cualquier otra mercancía. (Uprimny, 2002, pp.3-4)

Lo anterior demuestra que esta perspectiva del enfoque tiene un trasfondo económico, ya que al regularlo el mercado, el lucro va dirigido a aquellas personas u organizaciones que se dedican a la venta de estos productos.

No obstante, hay quienes defienden que no se debe perder la noción de que esto es una situación de interés público, por lo que el lucro obtenido de estas debería utilizarse como una inversión social y no para bienestar del mercado. Producto de esta discusión, es que nace el segundo tipo de legalización, la cual se propone que su producción y comercialización este normada por el Estado o en el mejor de los casos sea este el responsable directo (Del Olmo, 1992).

La legalización selectiva o regulada por el Estado se enfoca en que este sea quien tenga control sobre la producción y venta de las drogas. Se debe considerar la existencia de restricciones con respecto al acceso de estas sustancias por mencionar algunas: la cantidad que se puede comprar, la edad de las personas compradoras, los lugares de consumo; esto con la intención de no olvidar el grado de riesgo que pueden tener para la salud.

Entonces, es claro que se presentan estrategias poco viables, como es el caso del prohibicionismo, pues este niega la relación que existe entre las personas y el consumo de drogas, vínculo que ha generado experiencias positivas y negativas.

Precisamente para las situaciones adversas se plantean otras perspectivas que resultan más realistas y, que dan paso a un mejor manejo alrededor del consumo y producción de drogas. Desde lo señalado por Blickman y Jelsma (2009) países como Suiza, Alemania, Italia, Austria, Bélgica y España han implementado diferentes programas bajo la perspectiva anti-prohibicionista; Latinoamérica no se ha quedado atrás, los mismos autores señalan las experiencias de Brasil, Argentina, Bolivia, México, Paraguay y Uruguay, adaptando sus programas al contexto particular de cada uno.

Ahora bien, teniendo un mayor entendimiento de estas posiciones, resulta fundamental exponer lo que se comprende por sustancias psicoactivas o drogas, pues esta es una de las categorías teóricas de la presente investigación.

3.1.3. Compresión teórica sobre las sustancias psicoactivas.

Para iniciar es necesario comprender que las drogas son sustancias de origen natural o sintético que al ser ingeridas por el cuerpo humano producen alteraciones en su funcionamiento, diversas instituciones especializadas en el tema coinciden con esto.

El comité de personas expertas de la OMS catalogó como fármaco o droga “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de las funciones de éste” (OMS, 1969, p. 6). No obstante, este mismo ente señala que el término droga ha tenido un uso variado, que puede ser visto como una sustancia que previene o cura enfermedad o como una sustancia química que modifica fisiológica y químicamente organismos y tejidos (OMS, 1994).

Esta misma organización, sobre el término droga o sustancia psicoactiva señala que es una expresión más neutra para referirse a todo el grupo de sustancias, misma que al ser ingeridas afecta los procesos mentales y que no implica necesariamente una dependencia (OMS, 1994).

En cuanto a las instituciones estatales, el ICD entiende por drogas,

una sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesidades para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno) que al introducirse en un organismos vivo, modifica alguna de sus funciones [...] también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas (ICD, s.f, p. 1).

Por su parte, IAFA afirma que son “todas aquellas sustancias químicas de origen natural, sintético o semi-sintético que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios fisiológicos, psicológicos o de la conducta” (IAFA, 2015, p.3).

Se puede observar que inicialmente desde la OMS el término droga se equiparaba con medicamento, aunque evidentemente también se utilizaba para hacer referencia a sustancias que no sólo tienen una función terapéutica, sino que modifica el funcionamiento del cerebro

en general, esto último es compartido por las instituciones estatales expertas en el tema. A pesar de ello, la OMS comparte que el término de sustancias psicoactivas es más general y no implica necesariamente dependencia, por lo que se insta a su uso.

Además de lo anterior, Damín (2015) expone otra diferencia en la connotación que encierra denominarles sustancias psicoactivas en lugar de drogas, esto porque este último término ha sido tergiversado moral y políticamente, entendiéndose únicamente a las sustancias ilegales, a diferencia de la representación de sustancias psicoactivas, la cual agrupa a todas las sustancias que alteran el estado de conciencia.

Lo señalado es un aspecto valioso, pero resulta necesario comprender que cuando se discute sobre las drogas, en realidad se refiere a todo tipo de sustancia que altere el sistema nervioso central, es decir, desde la cafeína, el chocolate, la manzanilla, hasta la cocaína, anfetaminas, LSD, entre otras.

Es decir, no se trata sobre el concepto en sí mismo, sino sobre los significados erróneos que se han creado alrededor de él, por ende, las investigadoras consideran que ambos términos son válidos, entendiéndose que son diversas sustancias que pueden afectar de diferente manera las funciones del cuerpo, situación que es particular para cada persona y, que no necesariamente generan dependencia.

Por otra parte, se debe tener claridad de que las sustancias psicoactivas no pueden ser equiparadas con comportamientos compulsivos y/o adictivos, si bien, las personas pueden presentar conductas de dependencia en relación con estas, no deben ser conceptualizadas y abordadas de la misma manera (Hourmilougué, 1997).

Existe una división jurídica sobre las sustancias, agrupándolas en legales o ilegales, esta ha sido promovida desde la ONU, ente que se ha dado a la tarea de fiscalizar la producción y uso de las drogas, para lo cual crearon unas listas de clasificación según riesgo y efecto.

En la lista I se contemplan las sustancias con un alto riesgo de adicción y con poco valor terapéutico, en la lista II las sustancias con moderado riesgo de adicción y con un bajo aporte terapéutico, en la lista III se agrupan las sustancias con poco riesgo de adicción y moderado aporte terapéutico y en la última lista la IV se tienen las sustancias con bajo riesgo de adicción y con alto nivel terapéutico.

No obstante, esta clasificación resulta cuestionable; Hourmilougué (1997) apunta que en términos universales no existe distinción en el tema de legalidad o ilegalidad, pues los criterios que se han utilizado para agruparlas han tenido limitaciones, por lo que esta división no implica que exista mayor o menor impacto en el bienestar de la población. Cortés y Amiguetti (2014) agregan que los argumentos que fueron utilizados para esta división están desactualizados y poco se ha hecho por reformarlos. Además, la misma ha entorpecido procesos de investigación, dado al carácter de ilegalidad de ciertas sustancias, limitando la creación de nuevo conocimiento y con ello el posible valor terapéutico.

Por lo tanto, se reconoce que aunque un referente de clasificación de las sustancias psicoactivas es su estatus legal, este debe ser reflexionado de manera más objetiva ante los efectos reales que se han comprobado que tienen en la salud y, además en su valor terapéutico u otros fines de uso, y no solo bajo argumentos sociopolíticos.

Precisamente sobre la intención de uso, la OMS (2004) plantea que las personas buscan mediante el consumo de estas sustancias un beneficio, sea para alcanzar placer o reducir dolor. A esto, Damín (2015) agrega que cuando se alude a un consumo problemático es porque se entiende que también existe un consumo no problemático.

Es decir, el uso recreacional o medicinal no necesariamente tiene connotaciones negativas a nivel físico y psicológico, ya que no todas las personas que consumen drogas llegan a desarrollar una dependencia. Además, el estado es pasajero, por lo que pasado el efecto de la droga hay una recuperación del orden psicológico o de conducta, y su frecuencia es

esporádica, por ende la persona está lejos de desarrollar tolerancia y dependencia a la sustancia utilizada.

Para definir el *consumo problemático*, existen dos manuales internacionales de carácter médico que establecen una serie de lineamientos que establecen sus características: el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-IV, por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE-10). Dentro de estos manuales se reconocen diferentes niveles, a saber: intoxicación, abuso o consumo perjudicial, dependencia, supresión o abstinencia, remisión y recaída o reinicio; cada uno es catalogado según nivel de consumo, conductas y síntomas físicos que presentan las personas.

Desde la posición de las investigadoras, el *consumo problemático* está ligado con lo que establecen dichos manuales como dependencia. Este tipo de consumo presenta como principales aspectos los siguientes:

- I. Deseo intenso de consumir la sustancia.
- II. Aumento en la frecuencia del uso y la cantidad de la sustancia para obtener la sensación deseada.
- III. Se prioriza el consumo sobre otras actividades y responsabilidades.
- IV. A pesar de sus consecuencias físicas y psicológicas, se continúa el consumo.
- V. En ocasiones, según el tipo de droga, se presenta síndrome de abstinencia, destacando diversidad síntomas, tales como: ansiedad, dolores musculares, sudoraciones, dificultad para dormir, vómitos, irritabilidad, depresión, entre otros. (OMS, 1994; APA, 1994).

Por ende, en el *consumo problemático* se da un deterioro a corto, mediano y largo plazo de las facultades físicas y cognitivas de la persona, impactando en su bienestar, ya que hay presencia de repercusiones en la salud, relacionadas con la sobredosis, la presencia de enfermedades crónicas y enfermedades mentales (OMS, 2004). Además, existe la relación

de este tipo de consumo con problemas de salud pública vinculados con la mortalidad y la morbilidad producto de las alteraciones a la conducta.

Cabe acotar que dichos manuales deben ser usados como una guía, para comprender en qué nivel de riesgo se encuentra la persona usuaria de drogas y con ello orientar la intervención; mas no como respuesta única, pues cada persona reacciona de manera diferente a las sustancias psicoactivas.

Asimismo, el reforzar el enfoque médico sanitario en directrices estandarizadas, propicia que a la vez que la dependencia es vista como enfermedad, la persona es vista como paciente, lo que puede aportar en que la atención que se brinde, reste responsabilidad y participación al usuario. Al respecto, Romaní (2003) afirma que “esta asimilación del drogadicto a un enfermo implica [...] una relación individual médico-paciente en la que, quien tiene el saber y, por tanto, la capacidad de decisión, es siempre el primero” (p.12), permitiendo entonces una relación de poder del profesional en medicina sobre las y los pacientes. Por lo tanto, se propicia establecer relaciones de horizontalidad, tomando en cuenta a la persona consumidora, con el apoyo del conocimiento del profesional.

Finalmente, la exposición refleja que lo que se ha comprendido por sustancias psicoactivas y su consumo puede entenderse por niveles según la intención: uso recreativo, medicinal y problemático. No obstante, para la presente investigación, el enfoque se concentra en el último, el cual es considerado como enfermedad crónica y que debido al impacto hacia la salud de los individuos y del colectivo requiere de un tratamiento estructurado.

3.1.4. Lineamientos básicos para el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

CICAD (1999) entiende como tratamiento “todas aquellas actividades orientadas a la reducción del estado de dependencia de drogas y de sus complicaciones” (p.30), a lo que la

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) añade que el fin es “aumentar u optimizar el desempeño personal y social” (2003, p.II2).

Sobre esto, cabe destacar que el tratamiento puede tener por objetivos la abstinencia, la reducción del consumo o bien, un uso responsable de las sustancias psicoactivas; empero el fin último es compartido, todos buscan promocionar una mejor condición de vida a las personas que presentan un consumo problemático.

Al respecto el Poder Ejecutivo (2012a) comparte la afirmación y señala que “los servicios y posibilidades pueden comprender desde la desintoxicación/estabilización, la rehabilitación, seguimiento, mantenimiento, reinserción integral y reducción del daño, la terapia de sustitución y mantenimiento” (p. 39).

Tras este objetivo, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2010) (NIDA, por sus siglas en inglés) considera que la intervención no debe centrarse únicamente en el consumo problemático, sino que también debe atender aquellas situaciones que median y afectan la estabilidad, visualizando al ser en su integralidad.

Además de una intervención total, el tratamiento debe cumplir con principios en relación con los derechos humanos, desde la posición de las investigadoras, los principales son:

- I. Universalidad: respetando el derecho a la salud de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, específicamente promoviendo y facilitando el tratamiento.
- II. Accesibilidad: la disposición por parte del Estado de centros de atención gratuita y accesible para todas las personas y en todo momento, ya que “se puede perder a pacientes potenciales si los tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son de acceso fácil (...) mientras más pronto se ofrezca el tratamiento en el proceso de la enfermedad, mayor será la probabilidad de resultados positivos” (NIDA, 2010, p.2).
- III. Beneficencia: atención que busque el beneficio del individuo y del entorno.

- IV. Libre de discriminación: no excluyendo a las personas por raza, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión. Ni por tipo de uso, tipo sustancia o vía de administración.
- V. Diferenciado por edad y género: ya que un tratamiento para personas menores de edad no debe ser igual al de una persona adulta, lo mismo sucede con hombres y mujeres, cada uno presenta aspectos propios de su condición que se deben recuperar en el abordaje a realizar.
- VI. Particular: respondiendo a las características, necesidades e intereses de la persona que recibe el tratamiento, teniendo una participación activa en el mismo.
- VII. Calidad: servicio brindado por funcionarios competentes, en un espacio adecuado, respetando la dignidad humana y haciendo uso del principio de confidencialidad.
- VIII. Voluntario: no debe de someterse a ningún tipo de cohesión a las personas para que participen en el proceso de tratamiento, respetando el derecho de autodeterminación.

Ahora bien, debido a su impacto en la salud del colectivo, el consumo problemático ha demandado atención, generando así propuestas teóricas y metodológicas de intervención. A nivel país, IAFA ha clasificado los programas de tratamiento según los objetivos que pueden cumplir. A saber: no residencial, residencial, desintoxicación ambulatoria, desintoxicación residencial con supervisión médica y desintoxicación residencial con manejo médico directo (Poder Ejecutivo, 2009).

El tratamiento no residencial se presta de manera ambulatoria, con una estancia limitada de horas, con frecuencia la supervisión es semanal. El tratamiento residencial ofrece un proceso de internación sistemático, sea corto (no mayor a seis semanas), mediano (hasta los seis meses), o largo plazo (hasta doce meses) (Poder Ejecutivo, 2009).

En cuanto a la desintoxicación ambulatoria, va dirigida a aquellas personas con intoxicación o síndrome de abstinencia leve y mínimo riesgo de complicaciones con consultas periódicas; la de tipo residencial con supervisión médica se presenta

internamiento con personal médico pero sin recursos hospitalarios; y la residencial con manejo médico directo se dirige a personas con intoxicación o síndrome de remisión moderado o grave, con necesidad de recursos hospitalarios y supervisión médica durante las veinticuatro horas (Poder Ejecutivo, 2009).

Para cualquier modalidad es preciso “el apoyo médico, social y psicológico” (Poder Ejecutivo, 2012a), por lo tanto existe un equipo terapéutico encargado de llevar a cabo el proceso de rehabilitación, sus miembros van a estar acorde con los objetivos que persigue el tratamiento.

Cada modalidad se adscribe a lo que la UNODC (2003) señala como tratamiento estructurado esto porque posee una serie de elementos en el cual se visualizan las necesidades de las personas y de ahí se emplea un plan bajo supervisión de profesionales, tienen un “intenso calendario de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación individuales y en grupo, para promover la rehabilitación” (UNODC, 2003, p.IV2). El presente estudio entonces tiene por objeto la participación de los programas estructurados residenciales.

Los servicios sociales de este tipo se caracterizan por desarrollar varios momentos de la intervención, según la UNODC (2003) inicia en la primera etapa que corresponde a reflexionar sobre las *características y criterios de selección* que deben cumplir las personas que desean iniciar un proceso de tratamiento, generalmente este perfil va a depender del tipo de programa al que se quiera incorporar.

Seguidamente, se da el *reconocimiento inicial* y se *selecciona la forma de intervención*, lo que se caracteriza por ser un proceso en el cual se realiza una rápida exploración de la persona, con el fin de conocer las principales necesidades y problemáticas que pueden estar o no relacionadas directamente con la dependencia. A su vez, esto permite que el tratamiento sea más adecuado según las características y preferencias de la persona.

Posterior a esto se encuentra la etapa de *evaluación integral*, en ella el grupo de profesionales interviene y explora diversas áreas del contexto en que se encuentra la persona solicitante del servicio. Las áreas básicas son “a) estado de salud; b) situación laboral y apoyo institucional; c) consumo de drogas y alcohol y problemas conexos; d) situación legal y actividades delictivas; e) relaciones familiares y sociales; y f) estado mental” (UNODC, 2003, p.VI.7). El CICAD (1999) añade que la evaluación integral está conformada por: “evaluación física, psiquiátrica y social, exámenes toxicológicos, registro y diagnóstico y plan de tratamiento” (p.33).

Teniendo esto, continúa el *plan de tratamiento* en donde se deben considerar las características, necesidades, opiniones y motivaciones de la persona usuaria. Los tratamientos de tipo estructurado se subdividen en tres etapas: desintoxicación, rehabilitación y pos tratamiento.

En cuanto a la desintoxicación, como se reflejó anteriormente con la clasificación de IAFA hay de tipo ambulatorio o residencial, y se tiene como objetivo detener el consumo e iniciar el proceso de abstinencia. Con la intención de mantener un control sobre los efectos que esto puede ocasionar en el funcionamiento y bienestar del cuerpo, en ocasiones se apela al uso de medicamentos, así se disminuye los síntomas del síndrome de abstinencia y resulta menos traumático para la persona usuaria. Al respecto, es valioso acotar que “la desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y muy rara vez se logra ayudar a los pacientes a lograr una abstinencia duradera” (UNODC, 2003, p.IV.4).

En lo que respecta a las intervenciones farmacológicas según la UNODC (2003) estas buscan que haya una sustitución de la droga utilizada por medicamentos bajo supervisión médica y en dosis controladas, esto porque se reconoce que existen sustancias como los opioides que reestructuran la química cerebral. Sobre esto, Fernández (2010) señala que es necesario la complementariedad en las intervenciones a utilizar, ya que “ni las mejores

terapias farmacológicas ni psicológicas son completamente efectivas por sí mismas, cuando se administran solas” (p.134).

En la etapa de rehabilitación se busca- ya lograda la estabilización física y cognitiva- generar cambios en el comportamiento para que puedan mantener el deseo de consumir disminuido y bajo control. Siguiendo a UNODC (2003) las estrategias son las intervenciones farmacológicas, como se señaló y las intervenciones psicosociales.

Estas últimas tratan de crear un plan individual para el usuario del servicio de orientación a cambios, metas y educación alrededor de los factores de riesgo y de protección. Cuando hay internamiento -como lo es en el caso de esta investigación- se tienen ciertas características como la interacción con otras personas con problemas de consumo, atención individual y grupal, desarrollo de habilidades para la vida, formación y experiencia laboral, entre otros (UNODC, 2003).

Sobre el asesoramiento individual y grupal se consideran necesarios pues a nivel individual se puede enfocar en la persona misma y sus diferentes problemáticas; y a nivel grupal les da un sentido de pertenencia en tanto conocen otras personas que se enfrentan a situaciones similares. No obstante, desde la perspectiva de las investigadoras también resulta fundamental una intervención familiar, debido a que esta no sólo puede ser una fuente de acompañamiento y motivación, sino que puede estar vinculado a las causas del consumo, por ende, son elementos en los que se podrían trabajar.

Aunado a esto, la UNODC (2003) expone que en los casos de tratamiento de seis meses o más, un modelo comúnmente utilizado es las comunidades terapéuticas. Según Llorente del Pozo y Fernández (1999) estas suelen tener en un mismo programa una variedad de servicios como “consejo vocacional, terapia ocupacional, actividades recreativas, terapia individual y de grupo, y servicios educativos y a las familias, asistencia y asesoramiento médico, legal e información y acceso a servicios comunitarios” (p.330). Además, los

mismos autores señalan que se caracterizan por tener un itinerario según dichos servicios, en los cuales el papel de los pares y el equipo técnico son fundamentales para el cambio.

Finalmente, se encuentra la etapa de *pos tratamiento*, que siguiendo a la UNODC (2003) se caracteriza por ser menos intensiva, puede prologarse desde un mes y mucho después de finalizado el tratamiento. Su propósito es apoyar a las personas usuarias para que los cambios alcanzados se mantengan en el tiempo, esto se puede realizar a través de llamadas telefónicas o visitas; en ocasiones se les motiva a formar parte de grupos de apoyo que se ofrezcan en la comunidad.

Una posibilidad no sólo en esta etapa sino durante todo el plan es la recaída, sobre esto Moreno (2015) en su estudio encontró que no solo es considerada como esperable, sino necesaria y provechosa “ya que pone de manifiesto una gran cantidad de elementos subjetivos que sólo se pueden comenzar a expresar y trabajar a partir de ese “traspíe”” (p.127). Entonces, a pesar de que en ocasiones la recaída representa un fallo durante el tratamiento, en realidad resulta una oportunidad para valorar y reforzar aquellos aspectos que aún se encuentran débiles en el proceso.

3.2. El Estado como formulador de la política pública

De acuerdo con Clarke (1985) el Estado es una institución producto histórico de la lucha de clases, dentro de dicha contienda se pueden ubicar dos actores principales: las clases hegemónicas y las clases subalternas (Pastorini, 2004).

Estos actores presentan necesidades y demandas diferentes, por lo que afirma Clarke (1985) que la creación y materialización de este en su forma moderna tenía por fin consolidar una tarea de regulación. Bajo esta tarea, se suma como un tercer actor, mas su función inicial de regulación presenta dos particulares a considerar.

En primer lugar, su existencia no resuelve las contradicciones de intereses que se dan entre las clases, es más bien una manera que permite al capital mediar entre la lucha que existe entre estas (Clarke, 1985). En segundo lugar, su actividad no está aislada de

intereses, sobre esto Offe (1976) reconoce que el Estado es una institución que puede tomar distintas formas en relación con las clases existentes. Sin embargo, para Poulantzas (1979) la contienda que existe entre estas se encuentra en todas y cada una de las estructuras que lo conforman.

Ante esto, varios autores reconocen que es una institución que ha tomado forma capitalista, Offe (1976) subraya que es así por las características actuales que presenta el modelo económico de desarrollo.

Al respecto, Clarke (1985) comparte que,

el desarrollo de la forma del Estado capitalista no es un despliegue espontáneo de la lógica del capital; es algo a lo que se ha llegado mediante tanteos en el despliegue de la lucha de clases, en gran parte condicionado por la intervención directa de sectores de la clase capitalista y, por tanto, incidentalmente, condicionado por el resultado de las luchas intestinas de esa clase. (p. 65)

Por lo que se afirma que el Estado ha sido utilizado como un instrumento de clase, con el cual se ha hecho posible difundir ideologías hegemónicas como ideologías totales, esto gracias al carácter represivo que ejerce a través de instituciones sociales, tales como: la religión, el sistema educativo, sistema familiar, lo jurídico, político, sindical, medios de comunicación, cultura, entre otros (Althusser, 1980).

Montaño (2003) considera que una estrategia utilizada para legitimar lo anterior, es mediante el uso de la lógica democrática, reconociendo que existen diversos intereses en pugna. Bajo esta idea, hay un espacio para la participación de cada uno de los actores involucrados, a través del cual desde las clases subalternas se le demanda un rol de garante de derechos al Estado, por lo que este se ve llamado a accionar a favor de estos.

Sin embargo, aunque su configuración actual sea capitalista, se reconoce que el Estado tiene un margen de autonomía, la cual está mediada por quienes representan a las clases

hegemónicas y las clases subalternas, y la intensidad de lucha que existe entre estas (Gold, Clarence y Olin, 1985). No obstante, acotando la afirmación anterior sobre la cual se parte que existe una mediación entre Estado y Capital, el campo de acción que le permite su autonomía es marginal, Montaña (2003) lo caracteriza como social mínimo.

Asimismo, las intervenciones estatales son variables puesto que se adecuan al modelo de Estado vigente, al respecto Oszlak y O'Donnell (1995) afirman que la posición que se toma en un momento dado de la historia no es estática, pues esta se encuentra en constante cambio. Dicha toma de posición es conocida como política pública.

3.3. La política pública y su nivel de formulación

Una política pública puede entenderse tal y como lo exponen Oszlak y O'Donnell (1995) como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (pp. 112-113).

Los actores que destacan Oszlak y O'Donnell (1995) son los ya mencionados, las clases hegemónicas, las clases subalternas y el Estado. Las políticas sociales son la vía para materializar la intervención estatal a favor o en contra de los intereses de determinado sector.

Esta respuesta estatal debe comprenderse en la mediación de intereses, necesidades, exigencias y por la estructura del sistema político (Offe, 1976). Por lo cual son estrategias intencionadas de las instituciones que conforman el aparato estatal para atender las necesidades y demandas expuestas.

Partiendo de esto, Pastorini (2004) propone reconocerlas con varias finalidades. La primera es de *carácter social*, debido a que su creación busca orientar a las instituciones del aparato estatal para que brinden servicios que atiendan los derechos sociales de la población. La segunda es la *económica*, debido a que contribuyen a la sostenibilidad de la reproducción de la fuerza de trabajo, aportando a la acumulación del capital.

Se suma a lo anterior la función *política*, porque aportan a la legitimación del orden establecido. Como lo señala Palladares (1988) entre otras cosas, las políticas promueven la creación de material jurídico en el cual se respaldan la interpretación y actuación ante la cuestión a atender.

Lima, Parodi, Urrutia y Tesch (1979) añaden una función más, la *ideológica*. Esta se reconoce, ya que las políticas conllevan un sistema de valores que determinan como se va a entender e intervenir.

En síntesis, esto ha llevado a entenderlas como una concesión y una conquista para todos los actores involucrados, reconociéndolas como un instrumento del Estado, el cual a su vez tiene en este momento forma capitalista, así que las mismas cumplen la finalidad de intervenir para sostener la reproducción de la fuerza de trabajo y aportar a la acumulación de capital. No obstante, al mismo tiempo recuperan exigencias de las clases subalternas, por ende en el proceso de concesión y conquista, las políticas también reivindican derechos sociales.

Por otra parte, las políticas públicas según Palladares (1988) tienen un proceso vital, que se dividen en tres grandes momentos: la formulación, la implementación y la evaluación. La presente investigación se enfocará en los primeros dos estadios, en este caso para el nivel de formulación se tomarán los aportes que Oszlak y O'Donnell (1995) en la materia, pues los autores retoman una serie de componentes que permiten una mejor comprensión de su configuración, dejando entrever su complejidad.

Una de las primeras categorías retomadas por los autores es el *surgimiento histórico de la cuestión*, la palabra cuestión hace referencia a aquellos “asuntos (necesidades, demandas) “socialmente problematizados”” (Oszlak y O'Donnell, 1995, p.110), es decir, una situación que sobresale en el escenario social y que demanda ser atendida. Sin embargo, es necesario recalcar, que no todas las cuestiones son manifestadas, existen

demandas sociales latentes que existen pero que no han sido objeto de movimientos sociales o de actores por lo cual no han sido colocadas en la agenda pública.

Estas necesidades socialmente problematizadas pasan por un proceso, desde su reconocimiento hasta cuando se da una respuesta, pero para que esta última se dé, “nos interesa aprender quién la reconoció como problemática, cómo se difundió esa visión, quién y sobre la base de qué recursos y estrategias logró convertirla en cuestión” (Oszlak y O’Donnell, 1995, p.111).

Lo anterior, permite visualizar que con el surgimiento de una problemática, en este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas, aparecen *actores sociales* que impulsan para que se brinde una respuesta, o por el contrario, que obstaculizan la misma. Este hecho es reconocido en todo el desarrollo de la cuestión, ya que en todo momento los actores se unen o separan del proceso.

Estas personas, grupos, sectores sociales o entidades que claman por una atención al fenómeno, tienen una percepción particular del mismo, a lo que Oszlak y O’Donnell (1995) le llaman *definición de la cuestión*, y que está estrechamente vinculado con la visión de mundo con la que estos actores se identifican y defienden. Esto genera que el proceso de formación de políticas públicas sea complejo, ya que son diversas posiciones y respuestas sobre un mismo fenómeno, razón por la cual Oszlak y O’Donnell (1995) hacen referencia a los recursos y estrategias que cada uno posee o utiliza para su legitimación.

El tema de las drogas no se encuentra exento de lo anterior, a nivel social hay múltiples opiniones no sólo sobre estas, sino sobre su producción y comercialización, sobre las personas usuarias y la manera adecuada de atender en su complejidad.

Lo señalado se encuentra relacionado con el *contexto* en el que se desarrolla la problemática, tanto en su origen como el desarrollo de la misma, esto se entiende como “aquel conjunto de factores extrínsecos al objeto más específico de investigación [...] que

es indispensable para la comprensión, descripción y explicación de aquel objeto y sus efectos sobre otras variables” (Oszlak y O’Donnell, 1995, p.121).

A partir de todo esto, el *Estado toma posición* respecto de la cuestión, visualizando aquellos aspectos que considera importantes de intervenir, lo que a su vez, refleja la ideología y grupos a los que se adscribe. No obstante, el Estado no es una entidad única, “el “conflicto de políticas” puede en gran medida atribuirse a la presencia, dentro del aparato estatal, de unidades con variable grado de autonomía, capaces de influir en diversas instancias del proceso” (Oszlak y O’Donnell, 1995, p.113).

Es decir, dentro de las mismas instancias públicas, existen aquellas que pueden diferir de lo que se haya establecido formalmente, o bien, esta respuesta también es exigida y moldeada desde entidades fuera del Estado que tienen influencia en el proceso de políticas públicas como lo son las ONG, las cuales son actores fundamentales en los procesos de tratamiento para las personas con consumo problemático de drogas.

3.4. Las organizaciones no gubernamentales en el escenario de la política social

La iniciativa de su creación provino de entidades internacionales multilaterales, menciónese el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Pérez, Arango y Sepúlveda, 2011; Restrepo y Correa, 2005; Bertolotto, 2003; Quesada, 2008), estos acuñan el término ONG para denominar a las agrupaciones que se han creado desde el espacio privado de la sociedad civil pero que toman acciones de carácter público.

Pérez, Arango y Sepúlveda (2011) hacen referencia a tres dimensiones que las configuran, la primera de ellas es la *política*, la cual hace alusión a su influencia en el desarrollo de las políticas públicas, así como mecanismo de participación política, pues es innegable la presencia que han tenido este tipo de organizaciones dentro de la sociedad, colaborando con situaciones de interés público.

La segunda dimensión es la *social*, la cual refiere a la participación de diversas personas y sectores de la sociedad civil, así como su interés de apoyar en el desarrollo social mediante la oferta de diferentes servicios. Dentro de algunas particularidades que se les puede atribuir a entidades de este tipo, es que son consideradas reivindicativas, porque promueven el desarrollo de las comunidades, velando por el disfrute de los derechos humanos (Vivanco, 1994; Pérez, Arango y Sepúlveda, 2011 y Morales, 1993). Quesada (2008) menciona que para que esto sea posible, es necesaria la incorporación de profesionales, con el objetivo de que las intervenciones sean sustentadas teórica y metodológicamente.

Por último, se tiene la dimensión *económica*, en la cual se identifica que estos entes están influenciados, al igual que las de carácter público y privado, por el entorno, en este caso el modelo de desarrollo económico vigente y con ello todas las variables que en este interactúan (Miranda y Sepúlveda, citado en Pérez, Arango y Sepúlveda, 2011).

Se reconoce que poseen una lógica privada, en tanto escogen la población con la que desean trabajar, el derecho social o el tema que se va a intervenir, y los valores que van a guiar sus acciones (Pérez, Arango y Sepúlveda, 2011). Gómez (2014) menciona que además de lo anterior, las ONG atienden exigencias del mercado, por lo que algunas de ellas toman elementos de los paradigmas en el campo de la administración, tales como eficiencia, eficacia, productividad para orientar su quehacer.

Otro aspecto a resaltar en esta área es el financiamiento, pues son respaldadas económicamente por organismos financieros internacionales, empresas privadas, donaciones particulares, patrocinadores e incluso entidades gubernamentales (González. R., 1995); de hecho, Gómez (2014) expresa que el Estado ha facilitado presupuesto con mayor constancia a estas organizaciones.

De Melo (2004) afirma que “el origen de los recursos que aseguran el mantenimiento y consecución de los objetivos de las ONG es, invariablemente, una cuestión polémica, ya

que puede condicionar la naturaleza de esas entidades así como el resultado político y social de sus acciones” (p. 340).

Es decir, el condicionamiento de los recursos es un elemento latente que tiene un gran impacto en el aporte social que pueden generar en la comunidad, ya que en ocasiones para asegurar la supervivencia, la estrategia es priorizar los intereses de quienes financian sobre las necesidades de la población meta. Además, la falta de presupuesto puede provocar que haya una paralización de acciones, que no haya continuidad en los proyectos, afectando directamente el bienestar de quienes son partícipes de los mismos.

Las aseveraciones recopiladas dejan ver lo contradictorio de su consolidación. Debido a que existen dos perspectivas sobre las mismas; la primera le reconoce como una acción política e ideológica de los simpatizantes del proyecto neoliberal, para restar protagonismo e injerencia al aparato estatal, reducir el gasto público y, a su vez, ceder responsabilidades a la sociedad civil.

Monge y Boza (2011) comparten que

es claro que el proyecto neoliberal instrumentaliza a las ONG nacionales e internacionales para aliviar el impacto social de sus políticas, construyéndose con ellas un rostro más humano con el claro objetivo político ideológico de crear un entorno más favorable para el desarrollo y consolidación de su propuesta global. (p. 6)

No se puede olvidar que las ONG representan un soporte para el aparato público en el contexto actual, sin embargo, no deberían como lo afirma González, R (1995) considerarse como una sustitución al rol estatal, al contrario, debe verse como una suma de esfuerzos. En el caso del consumo de sustancias, el aparato estatal sigue siendo el encargado de formular las políticas públicas alrededor del tema, sin embargo, es imposible omitir la presencia activa de estas entidades en el nivel de ejecución.

La segunda perspectiva, considera que el trabajo que realizan es un recurso para atender las diversas manifestaciones de la cuestión social, lo que a su vez, podría ser un espacio para consolidar y exigir derechos. Sobre esto, De Melo (2004) señala que “es importante distinguir ONGs contra hegemónicas- que gestionan una política alternativa y promueven la transformación social- de ONGs hegemónicas- integradas a los discursos dominantes-”(p. 340).

Estas entidades son complejas dado que se encuentran alrededor de una serie de contradicciones, por lo que se deben comprender en un contexto social, político, económico y cultural particular, reconociendo que se encuentran bajo una lógica capitalista, pero al mismo tiempo, representan espacios para innovar, exigir derechos y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mediante los servicios sociales que ofrecen.

Tomando en cuenta lo anterior y destacando que la presente investigación se enfoca en organizaciones de este tipo como ejemplos empíricos del nivel de ejecución de la política pública, se considera oportuno retomar ciertos aspectos que permiten tener un acercamiento a las mismas.

3.4.1. Elementos para la caracterización organizacional de las ONG.

Según Kast y Rosenzweig (1998) una organización está compuesta por sistemas sociales abiertos y de transformación para lo cual “debe recibir una entrada suficiente de recursos para mantener sus operaciones y también exportar al medio ambiente los recursos transformados” (p.118). Además, se encuentra formada por una serie de componentes tanto internos como externos, los cuales están en constante interacción e influyen en el cumplimiento de los propósitos de la misma.

En el caso de las organizaciones que brindan servicios sociales de tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, estas de igual forma reciben una serie de insumos que permiten darle sostenibilidad y desarrollar las diferentes tareas, esto

con el fin de lograr los objetivos propuestos, como puede ser la reducción o abstinencia total del consumo.

No obstante, este proceso no finaliza ahí, sino que los resultados que logran esas entidades tienen un impacto no sólo en la persona que recibe los servicios sociales, sino también en elementos a nivel macro como en la política social, en otras organizaciones, en el bienestar social de la población, entre otras, lo cual a su vez, tiene injerencia en la entidad misma, viéndose así una constante retroalimentación entre los aspectos de afuera y los de adentro.

En ese sentido, para Kast y Rosenzweig (1998) las organizaciones se integran por una serie de subsistemas, estos son: el de objetivos y valores, el técnico, el psicosocial, el de estructura y el administrativo, sin dejar de lado el suprasistema ambiental. Para efectos de esta investigación se retomarán solamente aquellos elementos que aportan al análisis y cumplimiento de objetivos de la misma.

Con respecto al medio ambiente, los autores señalan que son de dos tipos: general que afecta a todos los entes como lo son los aspectos de índole económico, social, cultural, político, legal, educativo, entre otros; y específico, que influye de manera más directa sobre una en específico. Para las investigadoras, es fundamental entrever la manera en que todas estas influencias externas provocaron que se diera una atención a la cuestión del consumo problemático de sustancias psicoactivas, para esto se retomó las premisas que proponen Oszlak y O'Donnell (1995), explicadas previamente.

En cuanto a los subsistemas, un componente fundamental en dichas entidades es el de los *valores y objetivos*, los primeros representan “los puntos de vista normativos que mantienen los seres humanos (consciente o inconscientemente) de lo que es bueno y deseable” (Kast y Rosenzweig, 1998), los cuales a su vez guían sus acciones; los objetivos por su parte, se refieren a aquellas condiciones a las que se desea llegar.

Cada persona es particular y, por ende, tiene valores y objetivos propios; sin embargo, en una organización debe de haber un grado mínimo de compatibilidad entre ambos (los propios y los organizacionales), para esto es necesario un proceso de negociación y aprendizaje mutuo (Kast y Rosenzweig, 1998).

Los objetivos poseen diferentes funciones, dichos autores señalan que permiten legitimar las acciones de la institución, identificar grupos de interés y la colaboración que estos pueden brindar a la organización, guían las tareas a realizar, permiten evaluar los resultados, entre otros.

La *misión y visión organizacional* funcionan como marco orientador de las labores a desarrollar, para Chiavenato (2007) la misión presenta el propósito y alcance del ente, considerando el papel de la misma en la sociedad, es decir, su razón de ser y existir, de igual manera debe tener claridad de la naturaleza de la organización y el tipo de actividades en las cuales se debe centrar.

Con lo que respecta a la visión, esta tiene una perspectiva a futuro, lo que se quiere llegar a ser, esta debe tener un aspecto visionario de modo tal que contagie de entusiasmo para enfrentar las adversidades y lograr alcanzar ese futuro ideal en un periodo determinado (Chiavenato, 2007). Estos aspectos expuestos serán llamados por el grupo de trabajo como *marco filosófico*.

Aunado a esto, un elemento que las investigadoras consideran que se debe tomar en cuenta para tener una mayor claridad de la filosofía organizacional es la *población meta*, a quienes va dirigido el producto o servicio, reflexionando sobre sus características, ya que esto facilita la sintonía entre lo que se desea hacer como organización y la satisfacción de las personas que reciben los servicios.

Con esto claro, las organizaciones deben tener una *estructura*, la cual se compone por el patrón de relaciones entre sus miembros, sus funciones o responsabilidades, nivel

jerárquico, la coordinación en que se van a desarrollar las diferentes tareas y las políticas, procedimientos y controles formales (Kast y Rosenzweig, 1998).

Se debe anotar que para los autores existen estructuras formales e informales, no obstante el segundo tipo es más complejo de visualizar y dado que no resulta esencial para este estudio, solamente se recuperará la primera. La de tipo formal busca una relación esquemática para tener un marco de referencia general de la institución, normalmente se expresan en organigramas, en donde se establecen los grados de autoridad y el tipo de comunicación que se desarrollan.

Este a su vez, se encuentra relacionado a la toma de decisiones, esta depende del contexto de quien lo hace

si el que toma decisiones está continuamente interactuando con el “medio ambiente”, el sistema es relativamente abierto. Los insumos informativos se reúnen de diversas fuentes y se convierten en una parte del proceso. Sin embargo, si los que toman la decisión no buscan información adicional, tienden a cerrar el sistema y hacer rutinario el proceso. (Kast y Rosenzweig, 1998, p.448-449)

Es decir, entre mayor participación humana e interacción con el medio, más abierto es el modelo de toma de decisiones.

Otro componente que resalta es el *administrativo*, el cual es un proceso complejo que implica tomar decisiones hacia el cumplimiento de objetivos, para esto según Kast y Rosenzweig (1998) se debe realizar una planeación estratégica y operativa, una integración de recursos, una adecuada organización, la implementación de lo planeado y el control de los resultados.

Con respecto a la *planificación* estratégica y organizativa, teniendo claridad de los objetivos organizacionales, se debe decidir qué se va hacer y cómo se van a cumplir, lo que

incluye el desarrollo de una estrategia global, traducida en políticas generales, programas específicos y procedimientos.

Para esto es necesario la integración de *recursos*, ya que estos son lo que permiten que se ejecuten los planes, estos son de tipo: financieros, materiales, humanos y tecnológicos; pero no solo se necesitan de estos insumos, sino de una apropiada división de trabajo y coordinación entre las partes, lo que a su vez requiere de una dirección y liderazgo que motiven a las personas a lograr los resultados esperados.

Finalmente, resulta relevante *evaluar* los resultados “a fin de sopesar el desempeño organizacional y determinar qué tan bien ha realizado su labor” (Kast y Rosenzweig, 1998, p.425), tomando en cuenta la relación con los objetivos propuestos resaltando los alcances y reflexionando sobre los aspectos que necesitan mejorar, esto como parte de ese proceso de retroalimentación constante que caracteriza a una organización como sistema abierto.

Capítulo IV: Estrategia metodológica

*“El método cumple una función social muy específica:
frente a lo desconocido nos indica cómo proceder
para incorporarlo con la mayor eficiencia posible,
a lo ya conocido”*

Sergio Lessa (2000)

Para el desarrollo de la investigación se construyó un proceso metodológico que permitiera el acercamiento al objeto de estudio, así como el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Como punto de partida, se definió el tipo de estudio, seguidamente se retomaron los ejes de análisis que se desarrollaron en los referentes teóricos en un cuadro de categorías que guiaron el proceso de recolección de información, tanto en el nivel de formulación como en el nivel de ejecución.

Posterior a esto, se profundizó en la delimitación espacial y temporal de la investigación, así como la población que participó en la recolección de la información, y las técnicas que fueron utilizadas. Finalmente, se expone cada uno de los momentos que se abarcó en el estudio.

4.1. Tipo de estudio

La presente investigación se caracterizó por ser de tipo cualitativa, la cual “trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones” (Martínez, 2006, p.129). Es decir, fue más allá de lo aparente, ahondando en la comprensión del objeto de investigación en su complejidad, así como transversal, en tanto recuperó elementos de carácter histórico, pero a su vez, se centró en un momento particular (2017-2018).

En este caso, se buscó conocer los servicios sociales de las ONG que brindan tratamiento a personas con consumo problemático de drogas, adentrándose así en las

instancias que dan respuesta a esta cuestión, y es que según Saunders et al (citados en Ugalde y Balbastre, 2013) la investigación cualitativa “es particularmente válida para explorar relaciones y procesos que tienen lugar en las organizaciones” (p.183), lo cual resultó pertinente para el presente estudio.

Asimismo, de acuerdo con los objetivos propuestos, el alcance de la investigación fue de tipo descriptivo. Según la clasificación que realiza Dankhe (1986), la cual es retomada por Hernández, Fernández y Baptista (1995), un estudio de este tipo tiene como intención señalar la forma en que se manifiesta un hecho, para esto considera los aspectos que caracterizan y especifican el objeto.

Méndez (2001) agrega que “el estudio descriptivo identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación” (p.137). Es decir, no se busca dar explicaciones tácitas, sino que busca la asociación entre variables y la descripción de los elementos asociados al objeto de investigación, lo cual no necesariamente implica un análisis poco profundo, por el contrario, el hecho de comprender los aspectos primordiales del objeto y sus conexiones con otros componentes, expande la esfera de conocimiento, todo con la intención de verlo con un carácter de totalidad.

4.2. Ejes de análisis

En las tablas que se presentan a continuación se establecen las categorías y subcategorías consideradas tanto para la reconstrucción de la política en su nivel de formulación, como las requeridas para el análisis de los servicios sociales que brindan las ONG para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, mismas que constituyen referentes empíricos del nivel de ejecución de la política.

Tabla 1. *Matriz de categorías para la reconstrucción de la política pública en materia de tratamiento ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas*

Categoría	Eje de análisis	Interrogantes clave	Fuentes de información	Técnicas de recolección de información
<p>Surgimiento histórico y contexto del consumo problemático de sustancias psicoactivas</p>	<p><i>Condiciones socio-históricas que demandan la atención ante el consumo de sustancias psicoactivas</i></p>	<p>¿Cuál era el panorama internacional en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas?</p> <p>¿Cómo se concebía inicialmente el consumo de sustancias?</p> <p>¿Cuál/es sustancia/s psicoactiva/s tenían mayor prevalencia de consumo que requirieron intervención?</p> <p>¿Cuáles fueron las principales transformaciones en relación con los patrones de consumo?</p> <p>¿Cuáles eran las características de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas?</p> <p>¿Cuál era la relación entre lo internacional y lo nacional?</p>	<p>-Investigaciones de IAFA, ICD, MINSA y otras instituciones vinculadas a la temática de sustancias psicoactivas.</p> <p>-Tesis, libros, artículos científicos, informes y documentales sobre el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>Revisión documental</p>

<p>Definición de la cuestión social</p>	<p><i>Concepciones acerca de las sustancias psicoactivas</i></p>	<p>¿Cuáles son los principales discursos ideológicos que se reproducen alrededor de las sustancias psicoactivas y su consumo?</p> <p>¿Cómo se conciben a las personas consumidoras a partir de estos discursos?</p>		
<p>Actores sociales</p>	<p><i>Partícipes</i></p>	<p>¿Cuáles actores sociales señalaron la necesidad de atender el consumo problemático de drogas?</p> <p>¿Cómo proponían resolver el consumo problemático de sustancias psicoactivas?</p> <p>¿Cómo era la relación entre los actores?</p> <p>¿Cuáles estrategias utilizaron los diferentes actores sociales para legitimar la necesidad de atención o excluir la iniciativa de atender el consumo problemático de sustancias psicoactivas?</p>	<p>-Investigaciones de IAFA, ICD, MINSA y otras instituciones vinculadas a la temática de sustancias psicoactivas.</p> <p>-Tesis, libros, artículos científicos, informes y documentales sobre el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>Revisión documental</p>

<p>Toma de posición del Estado</p>	<p><i>Marco normativo y acciones propuestas desde el aparato estatal</i></p>	<p>¿Qué directrices internacionales guían los lineamientos a nivel país?</p> <p>¿Cuáles leyes, decretos y reglamentos han sido creadas para respaldar el tratamiento que se da al consumo problemático de sustancias psicoactivas?</p> <p>¿Cuáles han sido las acciones que el Estado propone en materia de atención ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas?</p> <p>¿Cuáles son las metas del aparato estatal sobre el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas?</p>	<p>-Planes Nacionales de Desarrollo.</p> <p>- Políticas estatales vinculadas con el tema de sustancias psicoactivas</p> <p>- Legislación y convenios internacionales y nacionales vinculados con la atención en el país en cuanto a las sustancias psicoactivas.</p>	<p>Revisión documental</p>
---	--	--	--	----------------------------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. *Matriz de categorías sobre los servicios sociales que brindan las ONG para el tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas*

Categoría	Eje de análisis	Interrogantes claves	Fuente de información	Técnicas de recolección de información
Caracterización organizacional	<i>Origen de la organización</i>	<p>¿Cómo surge la organización?</p> <p>¿Qué les motivó como organización a involucrarse con este tema?</p> <p>¿Cuáles son los principales cambios que ha experimentado la organización? (a nivel de estructura, tratamiento, profesionales, ubicación)</p>	<p>Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG</p> <p>Documentos propios de la ONG</p>	Revisión documental
	<i>Marco filosófico</i>	<p>¿Cuál es la visión y misión?</p> <p>¿Cuáles son los principios o valores que guían la organización?</p> <p>¿Cuáles son los objetivos que orientan el accionar de la ONG?</p>		Entrevista semiestructurada
	<i>Población meta</i>	<p>¿Cuál es la población meta? ¿Por qué seleccionaron esta?</p> <p>¿Cuáles son las principales características de la población meta que se atiende?</p>		

Caracterización organizacional	<i>Población meta</i>	¿Cuáles son los principales patrones de consumo?	Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG Documentos propios de la ONG	Revisión documental Entrevista semiestructurada
	<i>Estructura</i>	¿Cómo se estructura la organización? ¿Cuál es la jerarquía institucional? ¿Cuáles son las funciones de cada departamento? ¿Cómo se distribuyen las tareas? ¿Cómo se da la toma de decisiones dentro de la organización?		
	<i>Componente administrativo: Planificación</i>	¿Se desarrollan procesos de planificación? ¿Cómo se llevan a cabo?		
	<i>Componente administrativo: Recursos</i>	Financieros: ¿Cuál es el origen de los ingresos que recibe la organización? ¿Cómo es la distribución del presupuesto?		

Caracterización organizacional	<i>Componente administrativo: Recursos</i>	<p>Materiales:</p> <p>¿Cómo se caracterizan las instalaciones de la ONG? (espacio, ruido, equipo...)</p> <p>¿Cómo se da la distribución del espacio?</p> <p>¿Qué espacio poseen? (oficinas, salas de atención, habitaciones, espacios de recreación...) ¿Son adecuadas?</p>	<p>Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG</p> <p>Documentos propios de la ONG</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista semiestructurada</p>
		<p>Humanos:</p> <p>¿Cuántos profesionales de cada área hay?</p> <p>¿Son suficientes con respecto a la demanda?</p> <p>¿Qué tipo de jornada y contratación poseen?</p> <p>¿Cuál es la experiencia del grupo de profesionales en el campo de sustancias psicoactivas?</p> <p>¿Dentro de la organización existe posibilidad de actualización profesional? ¿De qué manera?</p>		

Caracterización organizacional	<i>Componente administrativo: Evaluación</i>	¿Se desarrollan procesos de evaluación? ¿Cómo se llevan a cabo?	Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG Documentos propios de la ONG	Revisión documental Entrevista semiestructurada
Fases del proceso de tratamiento	<i>Características y criterios de selección</i>	¿Cómo es el proceso de admisión al programa o servicio de tratamiento de la ONG? ¿Qué reglas deben mantener las personas para recibir tratamiento? ¿Cómo se socializan los servicios de la ONG? ¿Cuál es el papel de la familia en el proceso de admisión? ¿Cómo definen si la persona es apta para los servicios de tratamiento que brindan en la organización?		
	<i>Reconocimiento inicial y selección de la forma de intervención</i>	¿Cuáles criterios se toman en consideración para definir la situación de la persona con consumo problemático?		

Fases del proceso de tratamiento	<i>Evaluación integral</i>	<p>¿Qué profesionales se involucran en el proceso de tratamiento?</p> <p>¿Cuáles son las funciones de cada profesión dentro de esta fase del tratamiento?</p> <p>¿Se desarrolla trabajo interdisciplinario? ¿Cómo se lleva a cabo?</p> <p>¿Cómo se define el plan de trabajo y metas para la persona con consumo problemático?</p> <p>¿Cuál es la participación de la persona que presenta consumo problemático en la creación de su plan de trabajo?</p>	<p>Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG</p>	<p>Revisión documental</p>
	<i>Plan de tratamiento</i>	<p>¿Qué tipo de tratamiento brinda la organización?</p> <p>¿Cuál es el objetivo o finalidad del proceso de tratamiento?</p> <p>¿Qué servicios ofrecen? (Desintoxicación, terapias, nutrición, etc...)</p> <p>¿A quiénes van dirigidos los servicios? (individuo, familia)</p>	<p>Documentos propios de la ONG</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>

<p>Fases del proceso de tratamiento</p>	<p><i>Plan de tratamiento</i></p>	<p>¿Cuáles son las fases de tratamiento que propone la organización?</p> <p>¿De qué manera se determina la duración del tratamiento?</p> <p>¿Qué temas se abordan durante el proceso de tratamiento?</p> <p>¿Cuáles fundamentos teóricos-metodológicos utilizan?</p> <p>¿Cuál es la percepción sobre el consumo y sobre la persona usuaria de drogas?</p> <p>¿Cómo miden los avances de las personas usuarias?</p> <p>¿De qué manera motivan a las personas a mantenerse en tratamiento?</p> <p>¿Cómo se manejan aquellos elementos que no se pueden atender dentro de la organización?</p> <p>¿Se realiza trabajo interinstitucional? (estatales o no gubernamentales) ¿De qué forma?</p>	<p>Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG</p> <p>Documentos propios de la ONG</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista semiestructurada</p>
--	-----------------------------------	--	---	---

<p>Fases del proceso de tratamiento</p>	<p><i>Plan de tratamiento</i></p>	<p>¿Cómo es la relación con entidades públicas relacionadas al tema?</p> <p>¿Cuáles son los principales retos en el quehacer profesional al trabajar con la población meta de la organización?</p> <p>¿Qué factores influyen para que una persona se mantenga o retire del tratamiento? ¿Cómo se puede abordar?</p> <p>¿Cómo se define el egreso de una persona usuaria?</p> <p>¿Cuál es el procedimiento para la salida de una persona usuaria que no desea continuar el tratamiento?</p> <p>Finalizado el proceso de tratamiento ¿las personas con un plan de seguimiento y prevención de recaídas? ¿Cómo se desarrollan?</p> <p>Si hay una recaída ¿Cómo se maneja? ¿Existen enfoques teórico-metodológicos que aborden las recaídas?</p>	<p>Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG</p> <p>Documentos propios de la ONG</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista semiestructurada</p>
--	-----------------------------------	--	---	---

<p>Resultados del proceso de tratamiento en la población de la ONG</p>	<p><i>Transformaciones, alcances y limitaciones del proceso de tratamiento</i></p>	<p>¿Cuáles son los principales cambios personales, familiares, laborales, etc. en la población usuaria tras su proceso de tratamiento?</p> <p>¿Cuál es la diferencia en materia de resultados entre una persona que termina el tratamiento y una persona que se retira en medio del proceso?</p> <p>¿Cuál es el principal resultado en la población usuaria producto de la atención recibida?</p> <p>¿Cuál es el aporte principal de cada profesión dentro del proceso de tratamiento?</p> <p>¿Qué alcances y limitaciones posee el proceso de tratamiento que brinda la organización?</p> <p>¿De qué manera se puede mejorar el proceso de tratamiento?</p>	<p>Grupo de profesionales y funcionarias (os) de la ONG</p> <p>Documentos propios de la ONG</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista semiestructurada</p>
---	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Delimitación espacial y temporal

Para la elaboración de la presente tesis se estudiaron los servicios sociales que brindan las ONG para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el marco de la política pública costarricense en la materia durante el periodo 2017-2018.

En la selección de las ONG participantes, primeramente se tomó como base el directorio de IAFA (IAFA, 2017b) que incluye un total de cincuenta y cinco entes, a partir del cual se procedió a realizar una investigación preliminar, en donde se contactó vía telefónica a cada ONG que se encontraba ubicada en el GAM; este último criterio responde a que las investigadoras no contaban con los recursos económicos para trasladarse a zonas alejadas. Dentro de los datos que se indagaron están: ubicación, tipo de droga a la cual estaba dirigido el tratamiento, profesionales involucrados en la atención, duración del internamiento, costo mensual del tratamiento y población meta⁵.

De la información obtenida, se encontraron diversos aspectos a destacar. En primer lugar, las ONG brindan tratamiento a personas con consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, es decir, no se enfocan en un sola. Hay presencia de equipo multidisciplinario, teniendo principalmente profesionales en Medicina, Enfermería, Psicología, Consejería y Trabajo Social.

La duración de internamiento varía considerablemente, se tiene desde quince días hasta más de un año, situación que se repite con las tarifas mensuales por el tratamiento, registrándose montos desde quince mil hasta seiscientos mil colones.

En lo que corresponde a la población meta, se tiene disponibilidad para diferentes grupos sociales: hombres y mujeres mayores de edad, población adolescente y personas adultas

⁵ Ver anexo 4

mayores; no obstante, la mayoría de organizaciones enfocan su atención hacia la primera población mencionada.

A partir de este breve acercamiento, se consideró pertinente enfocarse en aquellas entidades que trabajan con la población masculina, ya que son las que tienen mayor presencia, y de igual manera, en las estadísticas nacionales son estos quienes registran mayor consumo.

Tomando en consideración que estas organizaciones prestan servicios sociales de interés público, y que por ende existe la posibilidad de ser financiadas por el IAFA, se consultó el detalle de recursos asignados a las ONG⁶ desde este, reduciendo así el número de la muestra.

Posteriormente, se procedió a contactar las ONG con el fin de valorar la apertura de las mismas para el desarrollo de la investigación, señalando como criterios de selección los siguientes:

- I. Que brinde tratamiento a la población con consumo problemático de sustancias psicoactivas mediante internamiento.
- II. Que se encuentre ubicadas en la Gran Área Metropolitana.
- III. Con personería jurídica y con trayectoria de al menos dos años.
- IV. Que reciba apoyo financiero por parte de IAFA durante el año 2017-2018
- V. Con población meta definida: hombres mayores de 18 años.
- VI. Apertura para brindar la información requerida para el desarrollo de la investigación académica.
- VII. Que posea una intervención planificada, constatada en documentación escrita.
- VIII. Que tenga un recurso humano con conocimientos especializados en la temática.

⁶ Ver anexo 3

IX. Con profesionales en Trabajo Social, dado que interesaba visualizar el trabajo que desarrollaba la profesión.

Expuesto esto, las ONG participantes para este estudio fueron las siguientes:

Tabla 3. *Organizaciones no gubernamentales participantes*

Organización no gubernamental	Población meta	Ubicación	Trayectoria
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán	hombres adultos	Desamparados, San José	26 años
Asociación Cristiana Benéfica Caleb	hombres adultos	Desamparados, San José	8 años

Fuente: Elaboración propia.

4.4. Población participante

Una vez seleccionadas las ONG participantes, se procedió con la elección de las personas que iban a formar parte del proceso investigativo. Teniendo como guía el problema y los objetivos planteados que tuvo como foco conocer los servicios sociales que brindan las ONG, se decidió trabajar con las y los funcionarios que laboran en las entidades seleccionadas, para esto se les solicitó que se encontraran vinculados en la atención directa con las personas usuarias o en la sección administrativa de la organización.

Teniendo así para la Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados (HSAD) un total de cinco participantes: persona Administradora del hogar, profesional en Medicina, profesional en Enfermería, profesional en Psicología y profesional en Trabajo Social. En cuanto a la Asociación Cristiana Benéfica Caleb (ACBC), un total de cinco personas: la persona Administradora del centro⁷, profesional en Psicología, profesional en Trabajo Social, profesional en Terapia Ocupacional y profesional en Consejería.

⁷ La Asociación le llama “persona encargada de casa”

4.5. Técnicas para la recolección y análisis de la información

Para la recolección y análisis de los datos se utilizaron las siguientes técnicas:

4.5.1. Revisión documental.

Esta técnica es una de las primeras que se utilizan en las investigaciones, ya que permite dar las primeras aproximaciones teóricas al tema que se desea desarrollar.

Hernández, Fernández y Baptista (1995) indican que esta “consiste en *detectar, obtener y consultar bibliografía* y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, así como en *extraer y recopilar* la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación” (p.23). Es decir, además de ubicar los documentos relevantes, fue necesario identificar lo que se requería para este estudio, realizando así un análisis adecuado.

Esta técnica fue transversal en toda la investigación, ya que apoyó en el logro de los objetivos específicos propuestos, es decir, a través de la revisión de diferentes fuentes documentales fue posible reconstruir aspectos de la política pública costarricense en materia de tratamiento del consumo de drogas y colaboró en la sección de los servicios sociales de las ONG seleccionadas.

4.5.2. Entrevista semiestructurada.

Siguiendo a Bautista (2011) la entrevista semiestructurada se caracteriza por “recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares las cuales podrán develar las categorías de interés para la investigación” (p. 172). Para los fines de este estudio esta técnica fue ventajosa, ya que por su flexibilidad, dio espacio para guiar la entrevista desde los distintos puntos de interés de las investigadoras; no obstante, al mismo tiempo se mantuvo un espacio de libertad para que la persona funcionaria pudiese expresar en el mayor nivel posible su posición ante cada una de las interrogantes.

Su utilización fue fundamental principalmente para el alcance del segundo y tercer objetivo, ya que a partir de la información brindada por la población participante se pudieron registrar datos claves sobre los diferentes aspectos que se consideraron para conocer los servicios sociales que brindan las ONG en materia de tratamiento, así como aquellos aspectos que desde la perspectiva de la población participante aportaban o limitaban los servicios sociales que se brindan desde estas organizaciones.

Cabe señalar, que se respetó el elemento de pertinencia, por ende las preguntas que se realizaron en la entrevista tuvieron como único propósito evidenciar la información relacionada con la presente investigación, con el fin de no exponer indebidamente a las personas funcionarias. Las guías de esta técnica fueron desarrolladas considerando los objetivos planteados y las categorías de análisis definidas⁸.

Para mantener el comportamiento ético en la investigación, en el caso de las entrevistas se le brindó un consentimiento informado⁹ a cada persona participante, en donde se detallaron los aspectos medulares del estudio, así como la petición para grabar su voz, ello con la intención de facilitar a las investigadoras la transcripción y análisis de la información.

Este material fue custodiado cuidadosamente para que su utilización fuese únicamente para los fines ya expuestos, por ende, los audios de las entrevistas se almacenaron en el ordenador de las investigadoras; seis meses después de terminado el estudio, las grabaciones se eliminarán del disco duro de dichos equipos.

4.5.3. Triangulación de la información.

La triangulación permitió realizar un análisis a partir de la información obtenida mediante las diferentes técnicas utilizadas para la recolección de datos; esta “comprende el

⁸ Ver anexo 5

⁹ Ver anexo 6

uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos)” (Gómez-Restrepo y Okuda, 2005, p.119).

Esta permitió ampliar la visión en cuanto a los datos encontrados y su interpretación, puesto que al unir la información, hubo espacio a distintos planteamientos y conclusiones ante el objeto de estudio (Gómez-Restrepo y Okuda, 2005).

Su empleo fue esencial durante toda la investigación, ya que al hacer uso de distintas técnicas, fue fundamental hacer el esfuerzo por generar una unificación clara de los datos, con el objetivo de esclarecer hallazgos, puntos de encuentro y desencuentro, lo que hizo posible generar conclusiones en torno a los servicios sociales que brindan las ONG a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

4.6. Momentos de la investigación

Este estudio se desarrolló en varios momentos, los cuales permiten visualizar el proceso investigativo que se llevó a cabo para el acercamiento y comprensión del objeto de estudio, este no fue lineal, por el contrario, se caracterizó por ser dinámico, en el cual se retoman elementos pasados para obtener aspectos nuevos, permitiendo un análisis más profundo.

4.6.1. Primer momento: Diseño de la investigación.

En esta fase se realizó la propuesta de estudio, con base en el estado del arte se definió el problema y su justificación y los objetivos; posteriormente se elaboraron los referentes teóricos y la estrategia metodológica. No obstante, para el desarrollo de esto fue necesario investigar sobre la temática con el fin de apropiarse de diferentes aspectos contextuales y teóricos que permitieran una mayor claridad sobre el tema en interés. Por lo tanto, este primer acercamiento se dividió en:

4.6.1.1. Revisión documental del tema.

Se realizó una exhaustiva revisión documental sobre las bases de datos de universidades estatales respecto de trabajos finales de graduación y revistas científicas, con la finalidad de conocer qué se había escrito en cuanto al tema escogido por las sustentantes.

Se prestó particular atención a los problemas de investigación, enfoques teóricos, metodologías utilizadas y las conclusiones a las que se había llegado, lo que abrió espacio para reflexionar sobre las posibles nuevas áreas de exploración.

4.6.1.2. Definición del objeto de estudio.

Al haber analizado los alcances de investigaciones anteriores y los aportes a nivel teórico, el grupo de trabajo procedió a repensar y construir un objeto de estudio, tomando en consideración aquellos elementos que fuesen innovadores y que aportaran a lo que ya se había construido alrededor del tema de interés.

4.6.1.3. Acercamiento con las posibles organizaciones participantes del estudio.

Delimitado el objeto del estudio, se procedió a identificar y contactar varias ONG que brindan tratamiento a personas consumidoras de drogas, primero para conocer datos generales y con estos, seleccionar criterios de participación. Una vez definidos, se realizó la escogencia de posibles ONG y se contactaron para evaluar la apertura que estas tenían para colaborar con las sustentantes y aceptar ser parte del estudio aquí propuesto.

4.6.2. Segundo Momento: Trabajo de campo.

En esta etapa, el grupo de trabajo se dispuso a ejecutar el diseño propuesto, haciendo uso de las técnicas explicadas anteriormente: revisión documental y la entrevista a diferentes profesionales, dicha información recolectada aportó en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Sin embargo, resulta necesario destacar que si bien, durante el proceso de negociación con ambas organizaciones, estas accedieron a los criterios de selección previamente

señalados; cuando se procedió a realizar el trabajo de campo, se presentaron ciertas limitantes.

En primer lugar, no hubo anuencia por parte de las personas miembros de las Juntas Directivas de las ONG, como parte del área administrativa, en participar en las entrevistas. La información que hubieran brindado era valiosa para obtener una perspectiva de totalidad sobre la prestación de los servicios sociales, visualizando de forma más clara la vinculación entre la parte operativa y la administrativa, desde de la voz del talento humano responsable de ambos procesos de trabajo. Dada esta limitante, se optó por conocer el quehacer de las Juntas Directivas desde la perspectiva del grupo de funcionarias y funcionarios del nivel operativo, y mediante la revisión de fuentes documentales facilitadas.

Otra limitante fue que se restringió el préstamo de cierta documentación escrita como lo fue el Programa de Tratamiento que se presenta a IAFA, el cual se consideraba relevante de conocer dados los objetivos de esta investigación. A pesar de ello, se facilitaron documentos de referencia, y mediante las entrevistas realizadas, se logró recabar la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

4.6.3. Tercer Momento: Análisis de la información.

El propósito de este momento fue analizar los datos encontrados sobre la política pública costarricense en materia de tratamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas y, posteriormente, en la información que se recuperó de los servicios sociales que brindan las ONG seleccionadas, esto con la intención de generar un análisis vinculando estas variables, lo cual permitió desarrollar una serie de conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones en el área.

4.6.4. Cuarto momento: Socialización de resultados.

Una vez terminado el análisis de los datos recolectados, se procedió a exponer los resultados y conclusiones a la comunidad académica mediante la defensa oral pública.

PARTE II

Hallazgos de la investigación

Capítulo I: Política pública costarricense en materia de tratamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas en su nivel de formulación

“Bajo el liderazgo de las Naciones Unidas se han concertado una serie de tratados que exigen a los gobiernos a fiscalizar la producción y distribución de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”

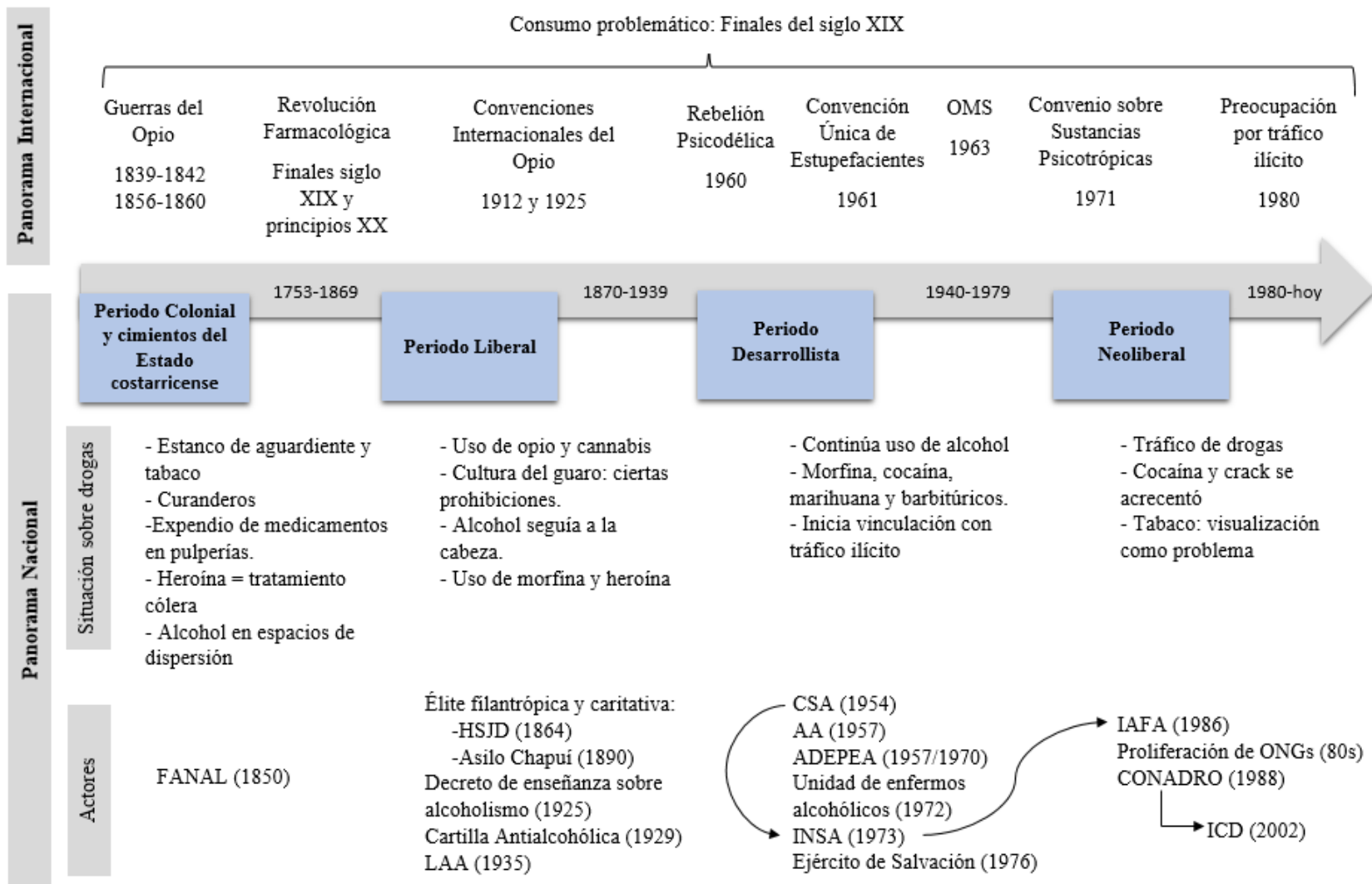
Instituto Costarricense sobre Drogas (2007)

En este apartado se reconstruye el nivel de formulación de la política pública ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Para esto, en primer lugar, se expone un análisis del contexto a nivel internacional, con el propósito de comprender los condicionantes externos de la política a nivel nacional.

Posteriormente, para conocer la situación del país en la misma materia, se presenta la información por periodos en función de los modelos del Estado y los principales actores que surgieron en cada uno; visualizando así la magnitud y la importancia de intervenir en el tema.

Para facilitar la comprensión de lo anterior con una visión de totalidad, se presenta la figura 1, en la cual se colocan los principales aspectos tanto del nivel internacional como nacional en materia de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Figura 1. Línea del tiempo: Contexto y actores del consumo problemático de sustancias psicoactivas



Fuente: Elaboración propia.

1.1. Contexto internacional en materia de consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica presente desde los inicios de la humanidad. Diversos autores como Escotado (1996), Slapak y Grigoravicius (2006), Mazzotti (2008) comparten que desde las culturas de cazadores y recolectores se hace uso de plantas que tenían componentes psicoactivos, tanto para propósitos medicinales como espirituales.

Según Ortega y Ángel (2015) diferentes personas en cada época han estudiado los efectos de las plantas, uno con gran reconocimiento fue el médico griego Dioscórides, máxima autoridad en el tema durante mil quinientos años, pues este se dio a la tarea de catalogar los efectos medicinales y adversos de seiscientas plantas.

Cabe señalar, que durante estos periodos no se presentaba un consumo de tipo perjudicial, según Gallardo (1997) “la única sociedad que consume drogas en forma relativamente masiva y autodestructiva es la moderna. Es esta sociedad la que tiene problema con la producción, circulación y consumo de drogas” (p. 87). Es decir, durante épocas pasadas las sustancias psicoactivas no representaban mayor riesgo, al contrario coexistían en las sociedades y se tomaban sus beneficios para fines específicos de la comunidad.

El consumo problemático empezó a figurar a finales del siglo XIX (Mazzotti, 2008; Ortega y Ángel, 2015; Oyamburu, 1997), para este periodo el Imperio Británico se quedó sin un método de pago para comprar mercancías a la población china, por lo que decidieron tomar el opio que se producía en la India y utilizarlo como mecanismo de pago, dadas las características de la planta (Ortega y Ángel, 2015).

Esta situación, provocó que emperadores chinos prohibieran, en diferentes momentos, el comercio, la importación y el consumo del opio; sin embargo, los británicos responden con dos enfrentamientos conocidos como las “Guerras de Opio”, las cuales se desarrollaron durante 1839-1842 y 1856-1860 (Ortega y Ángel, 2016).

Ambas pugnas terminaron a favor del pueblo británico, y para 1880, se registraban ciento veinte millones de personas chinas dependientes del opio, lo que para ese entonces representaba casi la tercera parte de la población del país (Ortega y Ángel, 2016).

Posterior a esto, se registró un periodo de gran experimentación científica, descubriéndose así los principios activos puros de diferentes sustancias se

comienza con la morfina (1806), para seguir con la codeína (1832), atropina (1833), cafeína (1841), cocaína (1860), heroína (1883), mescalina (1896), barbitúricos (1903) y el uso como anestésicos de éter, cloroformo y óxido nitroso (el gas de los dentistas), entre otras sustancias psicoactivas (Escohotado, 1996, p.89).

Con la aparición de estas sustancias en su estado puro viene la comercialización de las mismas, según Ortega y Ángel (2016) el aprendiz de farmacia Friedrich Sertürner fue el responsable de aislar la morfina en su forma pura, la cual fue publicitada por su propia compañía farmacéutica y por la empresa Merck como tratamiento a la dependencia del alcohol y una alternativa -no adictiva- al opio. No obstante, resultó contraproducente, ya que terminó siendo más adictiva.

Después de la morfina, la siguiente droga altamente comercializada fue la cocaína, aislada en su estado puro en 1859. Su logro se basó en el respaldo científico que tuvo de personajes reconocidos como el psicoanalista Sigmund Freud, quien recibe ofertas de compañías farmacéuticas como la Merck y Parke Davis -actualmente Pfizer-, para que colabore en la difusión de esta sustancia. Este acepta la propuesta de Merck, por lo que Freud se convierte en un gran exponente de esta sustancia, la cual incluso llegó a utilizar diariamente por más de diez años (Escohotado, 1996).

Una vez que se estaba controlando el opio y la morfina, la siguiente droga que emerge en el escenario social fue la heroína, esta fue lanzada al mercado por la compañía Bayer en 1898. Las y los médicos “la prefieren por las mismas razones que un siglo antes prefirieron

la morfina al opio: produce el mismo efecto antiálgico en dosis mucho menores” (Escohotado, 1996, p. 92).

Como se puede visualizar se desarrolló un periodo de avances científicos alrededor del opio y sus derivados el cual es llamado por quienes investigan como “Revolución o Libertad Farmacológica” (Luna-Fabritius, 2015; Oyamburu, 1997). Al respecto, Escohotado (1996) afirma que para el siglo XX todas las drogas se encontraban disponibles en las farmacias, y se desarrolla una fuerte campaña publicitaria.

Es decir, con el descubrimiento de los principios activos de diversas plantas y el conocimiento inicial de los efectos de estas sustancias se desarrolló su libre comercialización y consumo; estas fueron visualizadas como el remedio mágico a los padecimientos que se presentaban en la época. Sin embargo, esa mirada ingenua e idealizada sobre estas sustancias provocó que no existiera un control sobre los efectos a largo plazo, terminando en un caos social y sanitario.

A pesar de ese optimismo sobre el crecimiento científico, existieron voces que manifestaron que el uso de sustancias psicoactivas era un crimen y una enfermedad contagiosa, siendo el otro extremo. Esto se debió a dos razones principalmente, la primera, se refiere a la desconfianza generada por parte de Estados Unidos ante la masa de inmigrantes, por lo que las drogas se asocian a grupos según su clase social, raza o creencia religiosa. La segunda razón, es que muchos de los preceptos explicativos propuestos desde la Iglesia fueron reemplazadas por argumentos científicos desde la Medicina (Escohotado, 1996).

Sobre esto último, Slapak y Grigoravicius (2006) refieren que “el cuerpo de instituciones médicas y farmacéuticas de Estados Unidos intentan consolidarse como un monopolio en cuanto a la prescripción de sustancias psicoactivas y comienzan a condenar la auto-administración, rechazando la venta libre en farmacias” (p.241).

Es así como para este periodo, se desarrollan legislaciones que buscan restringir el uso de sustancias psicoactivas, en Estados Unidos en 1896 se presenta el Prohibition Party, por otro lado se crea la Anti-Saloon League que ataca el consumo de bebidas alcohólicas, en 1914 es ilegal fumar tabaco en doce Estados y se crea la Marihuana Tax Act de 1937 que coloca como delito la producción, dispensación y posesión de cáñamo (Escohotado, 1996).

Esto sobrepasa los límites estadounidenses, en 1920 se crea la Ley Seca en Europa, imponiendo multas y penas de prisión para la venta y fabricación de bebidas alcohólicas (Escohotado, 1996). Lo anterior, se encuentra ligado a los postulados que se colocan desde la Convención de la Haya (1912), los cuales comprometían a los Estados que la componen a mejorar el control sobre la preparación y distribución de opio, morfina y cocaína. Esta disposición inicialmente fue aceptada por ocho naciones (Escohotado, 1996); no obstante, son retomadas por múltiples Estados al ser incluidas en el Tratado de Versalles, expandiendo así el movimiento prohibicionista (Slapak y Grigoravicius, 2006).

Seguidamente, se realiza la Conferencia de Ginebra (1925), -esta y la anterior son conocidas como las Convenciones Internacionales del Opio-. En esta se modifica el término antes utilizado de “usos médicos y legítimos”, por “usos médicos y científicos”, precisando los usos que iban a estar permitidos, dando mayor fuerza al control de las sustancias psicoactivas. Esta conferencia también añade el régimen de heroína y cáñamo (Escohotado, 1996).

En 1931, se celebra otra convención, nuevamente en Ginebra, en la cual se determina la lucha con el consumo de drogas, firmando el convenio en 1936, en el cual se presentan penas y castigos, tanto para la tenencia de sustancias como para el tráfico (Escohotado, 1996).

Para esta década, emergen nuevas drogas, las aminas -anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina-, las cuales son comercializadas de manera libre en las farmacias, como sucedió con otras sustancias en el pasado. De hecho, debido a sus propiedades eufóricas

son proporcionadas en grandes cantidades a los soldados durante la II Guerra Mundial, y en tiempos de posguerra el consumo se extiende a personas adultas, trabajadoras domésticas y estudiantes (Escohotado, 1996). Además de las anteriores, también se vendieron barbitúricos y diferentes tipos de opiáceos sintéticos.

En 1961 se firma la Convención Única de Estupefacientes, documento que reemplaza los acuerdos tomados anteriormente, en esta se da un reconocimiento del uso médico de ciertas sustancias y con esto su disponibilidad. Además, se incluye “la regulación y prohibición de 108 productos, clasificados en cuatro listas; asimismo, contempla medidas administrativas y represivas y una novedosa política de erradicación de cultivos en los países productores, generalmente ubicados en el Tercer Mundo” (Slapak y Grigoravicius, 2006, p. 243).

Sobre esto, la OMS en 1963, declaraba que las medidas legales impuestas no eran adecuadas según los aspectos biológicos, manifestando sus diferencias con las entidades que apoyan las medidas represivas (Escohotado, 1996) agregando así, un discurso alrededor del consumo de drogas, visualizando la problemática como una enfermedad. De hecho, para 1966 se aprueba en Estados Unidos, el Narcotic Addict Rehabilitation Act, en esta se le da a la persona consumidora la posibilidad de seleccionar entre asistir a tratamiento o ir a prisión (Del Olmo, 1998).

En este periodo se desarrolla lo que llama Escohotado (1996), la “Rebelión Psicodélica”

era el inicio de la década de la rebeldía juvenil, de la llamada “contracultura”, de las búsquedas místicas, de los movimientos de protesta política, de las rebeliones de los negros, de los pacifistas, de la Revolución Cubana y los movimientos guerrilleros en América Latina, de Alianza para el Progreso y de la Guerra de Vietnam. (Del Olmo, 1998, pp.15-16)

Este contexto influyó en que las personas consumieran sustancias psicodélicas, como el LSD, y por otra parte, también aumenta el consumo de cannabis, estas drogas le permiten a las personas experimentar con nuevas sensaciones, además de su significado, ya que fueron

visualizadas como un símbolo de rebeldía ante el contexto que se experimentaba (Luna-Fabritius, 2015).

Posterior a esto, se firmó el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) ratificado por ciento cuatro países, en este se agregan a los listados sustancias que anteriormente no había sido contempladas como el LSD y los alucinógenos.

Estos convenios son parte de las acciones que sustentan las políticas de corte restrictivo, mismas que desde sus inicios arrojaban consecuencias negativas, un ejemplo de ello fue Europa, que en 1933 termina por derogar la Ley Seca creada en 1920, la cual imponía multas y penas de prisión para la venta y fabricación de bebidas alcohólicas, esto porque se había producido corrupción, estigmatización y crimen organizado (Escohotado, 1996).

De igual forma, en 1972 en Estados Unidos estas políticas generaron privación de libertad para un promedio anual de medio millón de ciudadanos por posesión de cannabis, además, en la última década, se había gastado mil millones de dólares en represión y rehabilitación.

En el caso de América Latina, según Del Olmo (1998) es a comienzos de la década de los setentas que se desarrolla el pánico en torno a las sustancias psicoactivas, creando así material jurídico alrededor de estas, Ecuador es el primer país en realizarlo en el año 1970, seguido de Brasil en 1971, Costa Rica, Paraguay y Perú en 1972, Colombia, Uruguay, Argentina y Jamaica en 1974.

Es evidente la manera en que las políticas represivas se extendieron a otros países de América, esto bajo la idea de que son algunas de estas naciones las productoras de drogas, por lo tanto, resulta necesario crear alianzas para extender el monitoreo de producción y consumo. Especialmente, cuando reaparecen sustancias como la cocaína, para 1970 se registran cinco millones de consumidores norteamericanos, en dos años estos pasan a ser más de treinta millones (Escohotado, 1996).

En suma, continúa aumentando el uso del cannabis, en 1979 se registra que un 68% de jóvenes norteamericanos la conocían y la utilizaban de manera activa, pese a ello, no se mostraba evidencia suficiente del vínculo entre esta planta y acciones delictivas, ni intoxicaciones (Escohotado, 1996). Por lo que esta se empieza a visualizar como una droga blanda, de hecho, en 1976 se despenaliza la tenencia para consumo propio en California, a esto se le suma Canadá, España, Holanda, Dinamarca y otras partes de Estados Unidos (Escohotado, 1996).

Por su parte, en América Latina la situación era diferente, el cannabis era asociado generalmente con el delito y la violencia, sin embargo, algunas veces había una inflexión si el usuario pertenecía a la clase hegemónica, si estos últimos eran las personas perjudicadas, se le refería a una clínica, pues se consideraban como enfermas que necesitaba tratamiento (Del Olmo, 1998).

La década de los ochenta se caracteriza por el policonsumo y la creación de drogas sintéticas o de diseño, como el éxtasis y el crack, siendo esta última la que logró mayor popularidad, dada su potencia era mayor que la que caracteriza a la cocaína (Escohotado, 1996).

Sin embargo, en este periodo la principal preocupación se daba alrededor del tráfico ilícito, ya que la Administración para el Control de Drogas (DEA por sus siglas en inglés) de Estados Unidos descubrió que diversas instituciones bancarias habían sido cómplices de inversiones ligadas al narcotráfico. Asimismo, el negocio de drogas había reunido más de cien mil millones de dólares dentro de Estados Unidos, por lo que se refuerzan las estrategias para impedir que las drogas lleguen o salgan de este país (Del Olmo, 1998).

Como se expuso anteriormente, la cocaína reaparece en el escenario, aumentando el consumo, razón por la cual se da un énfasis en ella, firmándose así el Tratado de Extradición con Colombia, para juzgar dentro de los Estados Unidos a las personas de

nacionalidad colombiana que traficaban en este país, siendo Colombia el principal centro de procesamiento de esta droga (Del Olmo, 1998).

En 1982, Ronald Reagan –quien siguió la tendencia de Nixon- anunció su plan nacional para combatir el crimen organizado, el cual está mayormente ligado al plano legislativo, aplicación severa de la ley y reformas de las mismas. De igual manera, como parte de la estrategia de internacionalizar la lucha contra la drogas, se “aprueba la *Encomienda Gilman-Hawkins* para suspender la ayuda económica a los países que no cooperan con el programa antidrogas de los Estados Unidos” (Del Olmo, 1998, p.44). Estados Unidos busca las maneras de lograr que los demás países se unan a su “guerra contra las drogas”, colocando el tema como una amenaza a la seguridad nacional, teniendo como chivo expiatorio las drogas y las personas que lo trafican.

Ahora bien, teniendo este panorama internacional el cual da cuenta de la manera en que el consumo problemático se fue desarrollando, es necesario comprender el contexto nacional, con el fin de conocer la vinculación existentes entre lo que sucedía fuera y dentro de los límites costarricenses.

1.2. Situación de Costa Rica ante el consumo de sustancias psicoactivas: contexto y actores

1.2.1. Periodo colonial y cimientos del Estado costarricense (1753-1869).

Costa Rica desde antes de su independencia, estuvo vinculada con determinadas sustancias psicoactivas como el tabaco y el alcohol, esto le permitió establecer las bases para desarrollarse como nación, hasta que el café entró al escenario nacional.

Cuando el país se encontraba bajo el régimen de la Corona Española, era una provincia invisibilizada, sin embargo, con la Era de la Ilustración, la independencia de las colonias inglesas de América y la Revolución Francesa, España se encontraba en una situación complicada.

Según Azofeifa (1983) esta última se encontraba en guerra con Francia y necesitaba mayores recursos para hacer frente al conflicto, razón por la cual el tabaco se presentó como la solución en ese momento, siendo el continente Americano el lugar ideal para establecer un estanco¹⁰, mismo que se estableció en 1776 para todo el Reino de Guatemala.

Desde los inicios, este no fue acogido de buena manera por las y los habitantes, pues era la Corona quien regulaba todo alrededor de él, desde la cantidad, lugar y personas que lo cosechaban hasta el precio y comercialización del mismo. No obstante, este se mantuvo hasta 1896; incluso posterior a la independencia del país y la separación de la Federación Centroamericana, este producto agrícola era el que tomaba mayor atención por parte de los Gobiernos, y es que “el ingreso del tabaco era, para los años anteriores a 1850, casi el 50% del presupuesto nacional” (Azofeifa, 1983, p.56).

Otro producto en estanco, y que al igual que el tabaco tuvo incidencia en la economía costarricense, fue el aguardiente de caña. Según D’Alolio (2014) este se estableció en 1753 en la Capitanía General de Guatemala, en una ocasión se eliminó pero volvió a instaurarse, y continuó durante todo el periodo colonial.

A diferencia del tabaco, el estanco de aguardiente era solo para el comercio y la producción de licor, mientras que el cultivo y procesamiento de caña de azúcar era libre, y en manos de iniciativa privada (D’Alolio, 2014). La actividad azucarera en Costa Rica durante este periodo era rudimentaria, lo que impedía una explotación a gran escala, no obstante esta empieza a aumentar después de 1821, teniendo como principal uso la destilación de licor (Marchena, 2015). Según D’Alolio (2014) para el periodo de 1821-

¹⁰ “El estancamiento de mercancía fue una estrategia de imposición fiscal practicada en América Latina en la época colonial [...] consistía en prohibir la libre circulación de la mercancía, por medio de la concesión de venta o producción a determinadas personas o agrupaciones” (D’Alolio, 2014, p.76)

1837 se da un aumento de estanquillos¹¹, empero según el autor aun así no se lograba cubrir por completo la demanda.

En cuanto al desarrollo de la sociedad costarricense, Molina (2002) señala que el país después de la independencia estaba conformado por familias campesinas económicamente no homogéneas, con labores agropecuarias y artesanía sencilla. Asimismo, el ganado permitió no sólo el sustento de la población, sino que contribuyó en el transporte, abono, venta de productos como cuero, carne, queso, entre otros; lo que permitió que la meseta central prosperara, acumulando bienes, administrando tercenas de tabaco, estanquillos de licor, exportación e importación de mercancías (Molina, 2002).

En suma a la demanda de bebidas destiladas, en este periodo también se registró el uso de medicamentos, Palmer (2004a) expone que cuando el país se independizó no existía ningún profesional en Medicina, sin embargo desde la colonia ya se había experimentado ampliamente con las y los curanderos. Durante todo el siglo XIX emergen profesionales en Medicina, mayormente extranjeros, y esto se extiende todavía en la segunda década del siglo XX (Palmer, 2004b)

De igual forma, Palmer (2004a) explica que desde alrededor de 1850, el expendio de medicamentos estuvo a cargo de las pulperías, las cuales vendían medicinas de patente, y en las zonas donde no había farmacias ni médicos se compraban licencias para vender medicinas que estaban restringidas.

Otro aspecto relevante es que,

muchos de los productos, fabricados localmente y promocionados como panaceas por los médicos en los periódicos de la década de 1850, eran de base herbal, un rasgo que era enfatizado en los avisos. Entre las razones que explican esa moda de medicamentos

¹¹ Término acuñado para hacer referencia a los establecimientos donde se fabricaba y comercializaba el licor.

herbales a finales de la década de 1850, probablemente estaba la reciente experiencia masiva de la población con los tratamientos heroicos¹², aplicados por los médicos, durante la epidemia de cólera de 1856, que exterminó a un 8 por ciento de los habitantes de Costa Rica. (Palmer, 2004b, p.160)

Esto se encuentra vinculado con el contexto internacional explicado anteriormente, ya que es en esta época que se desarrollan las “Guerras del Opio” y que se empiezan a descubrir los activos puros de ciertas plantas, realizándose un uso indiscriminado de los mismos, omitiendo las consecuencias de estas sustancias; situación que se repitió en el país.

En lo que respecta a los espacios de dispersión después de 1820, Vega (2009) señala que se ampliaron y diversificaron, teniendo cuatro escenarios principales: las fiestas oficiales que correspondían a procesos electorales y civiles, diversiones de la élite tales como el cine, teatro, clubes, encuentros en posadas, cafeterías, billares, fondas y taquillas y actividades tradicionales como religiosas, galleras, turnos, ferias, tertulias familiares y vecinales. Dentro de estas, un elemento en común indispensable y que aportaba al entretenimiento de las personas era el consumo de alcohol, “la chicha, el aguardiente para el pueblo, el vino o el champagne para los señores principales, lo mismo que el coñac o el Wisky, estaban siempre presentes” (Vega, 2009, p.16).

De hecho, un problema que se presentó fue la creación de “guaro de contrabando”, este se registra desde de la colonia, Kierszenon (1985) señala que en ocasiones los mismos dueños de las fábricas de licor eran las personas que lo vendían de manera clandestina.

Frente a esta situación, el Estado tomó medidas y fue así como en 1850, mediante el Decreto N° 99 se creó la Fábrica Nacional de Aguardiente, llamada posteriormente Fábrica Nacional de Licores (FANAL), monopolio de alcohol en el país “creada con el firme

¹² Tratamientos basados en sustancias derivadas del opio

propósito de fomentar la industria cañera, defender a la población del consumo de licores perniciosos con alto contenido de impurezas y elementos tóxicos” (FANAL, 2017, párr.5).

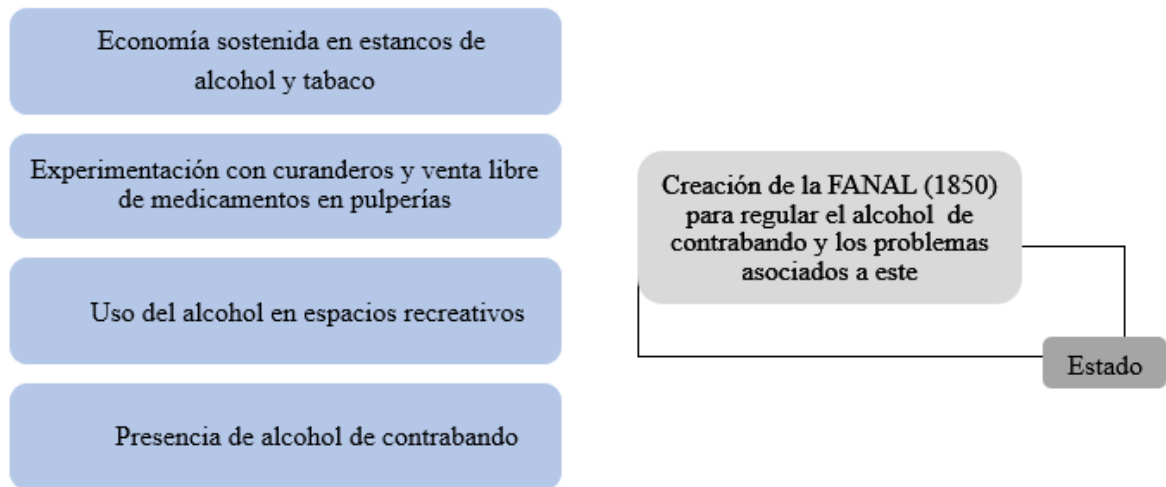
A pesar de que la FANAL se creó con la intención de evitar el llamado “guaro de contrabando” y con ello prevenir problemas de salud ligados al consumo de esta bebida, su estrategia de ofrecer a la demanda únicamente bebidas destiladas es cuestionada, en tanto, para este periodo no se logró controlar el contrabando (Vega, 2009). Además de esto, al poner las bebidas alcohólicas como un bien de consumo, y al ser al mismo tiempo un negocio rentable para el Estado costarricense, el colectivo social normalizó su uso, dando lugar a un consumo riesgoso, propiciando el alcoholismo (Rojas, 2007).

En esta época, el país se encuentra en ese proceso de edificación como nación independiente, según Molina (2002) el periodo comprendido entre 1821-1850 es la transición hacia un nuevo sistema económico y social donde el café es fundamental, de tal manera que para 1840 el país se había integrado al mercado internacional gracias a este producto.

Asimismo, según Vargas (2015) se da la creación de símbolos nacionales, monumentos y la elaboración de la historia costarricense, en el cual Juan Santamaría fue una figura primordial y parte del discurso que se construyó especialmente después de la Campaña Nacional 1856-1857, fortaleciéndose así una identidad colectiva.

Para una mejor comprensión de lo expuesto en este apartado se presenta la figura 2:

Figura 2. *Contexto y actores nacionales en el periodo colonial*



Fuente: Elaboración propia.

1.2.2 Periodo liberal (1870-1939).

Estos son los inicios de la consolidación del modelo de Estado liberal en el país, el café pasa a ser el producto más importante para el desarrollo económico superando al tabaco y aguardiente (Vargas, 2015); de hecho, en el periodo 1850-1890 se consolida la actividad cafetalera, siendo el 90% del total de las exportación del país (Molina, 2002). No obstante, a finales del siglo XIX y principios del XX se dio una diversificación agrícola, apareciendo productos como el banano –teniendo una expansión en 1870 e igualando al café en 1910-, el cacao –cultivándose a gran escala en 1913- y la minería (Botey, 1993), pero estos no lograron el impacto que tuvo el café.

Además de lo anterior, este periodo se caracterizó por establecer nexos comerciales con naciones industrializadas, y con este, la liberalización económica, introduciendo adelantos tecnológicos, un ejemplo de ellos fue la construcción del ferrocarril (Vargas, 2015).

Este último inició a cargo de Meiggs Keith en 1871, dos años después él lo abandona, por lo que su construcción es asumida por el Estado; en 1879 el proyecto es transferido a manos extranjeras, específicamente al señor Minor Keith. La construcción del ferrocarril,

trae consigo mano de obra de diferentes sectores, provocando un aumento en los flujos migratorios internos y externos (Vargas, 2015), diversificando la dinámica social del país.

Asimismo, la presencia de extranjeros y las condiciones irregulares de trabajo que ofrecía esta construcción, dio un vuelco en cuanto a la situación característica del consumo de sustancias psicoactivas en el país, ya no solo eran las bebidas destiladas sino que con la llegada de los trabajadores provenientes de Asia se registró el uso de opio, el mismo fue propiciado por sus jefaturas, y con los trabajadores provenientes de África se registraron plantaciones de cannabis (Alfaro, 2010).

A pesar de ello, el consumo de estas sustancias no tenía comparación con el de bebidas alcohólicas, hecho explicado desde la “cultura del guaro” característica del país, bajo la cual se sustenta la permisibilidad social ante el consumo de esta sustancia. Para Míguez (1987) las raíces de esta cultura son el guaro de contrabando ligado históricamente al campesino del Valle Central y las costumbres indígenas, pues la tradición era extraer licor de la fermentación de productos como yuca, maíz, plátano maduro o pejibaye, y utilizarlo en las ceremonias religiosas y sociales.

El consumo de alcohol en el país se caracterizó por ser de dos tipos: el primero, colocaba la embriaguez como un medio, donde el fin era alcanzar la inhibición y mejorar con esto las relaciones sociales. El segundo, colocaba la embriaguez como un fin en sí mismo, esto como una alternativa para evadir la realidad material en la que se estaba inmerso (Míguez, 1987).

La ingesta de alcohol inicialmente no era visualizada como inconveniente, incluso se encontraba tan legitimada que las mismas entidades estatales facilitan el consumo de licor, “durante las actividades patrias, organizadas por los políticos en 1904, las autoridades municipales repartían “guaro” a la muchedumbre, donado por el gobierno” (Vega, 2009, p.26).

Sin embargo, se debe destacar que esto cambiaba cuando se hacía un uso sostenido y por tanto el estado de embriaguez se convertía en una permanente, en ese momento sí era foco de sanción social, y dentro del imaginario social este hecho sí generaba preocupación, pues este modo de uso, aún bajo la cultura del guaro, era rechazado. Al respecto, se empezó a concretar un estereotipo negativo hacia este grupo de personas, el cual se encierra en el término: “chicheros”, término acuñado en la época.

Lo que se convierte en una paradoja, ya que bajo la tolerancia social que promueve la “cultura del guaro”, se genera una poca o nula percepción sobre el riesgo que tiene el consumo problemático de alcohol para la salud. Como bien lo señaló el Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA) (1984),

el costarricense no percibe el alcoholismo, sino hasta los últimos estadios, momento en que el paciente o su familia busca ayuda para enfrentar el problema, cuando ya existe un severo deterioro en el área física, psicológica, social, económica y familiar, momento en que se hace más difícil su recuperación. (p. 20)

El grupo llamado “chicheros” aumentó, por lo que se inician medidas al respecto. En 1907 se promulga el Código Fiscal, en este se imponen ciertas reglas como la prohibición de tener establecimientos de venta de licor fuera de un radio de ochenta y cuatro metros de la plaza de la comunidad, la existencia de estos lugares en proporción a la cantidad de habitantes, el impedimento en las pulperías sin patente para vender chicha o “guarapo” y que a las personas menores de edad o en estado de ebriedad, no se les permitía permanecer en un lugar de expendio de bebidas alcohólicas (Vega, 2009).

A pesar de esto, la compra de alcohol permanecía en ascenso, para 1915 el aguardiente ocupaba el primer lugar con un 50% del total de venta en bebidas alcohólicas (Vega, 2009). Por lo que se toman más medidas en materia jurídico legal, según Palmer (1997) la Ley sobre Protección de Salubridad Pública de 1923, marca una pauta para la venta y consumo de sustancias psicoactivas.

Además de este producto, en el siglo XX se populariza el empleo de la morfina y heroína (Molina y Palmer, 2005), de hecho Palmer (2004b) señala que un doctor de la época afirmó que la prescripción médica de estas sustancias no tuvo mayor regulación, por lo que su uso generalmente no tenía ningún valor médico.

En 1929 se dio el primer pánico colectivo ante el consumo de drogas en el país (Palmer, 1997), este se generó cuando se dio a conocer que un número importante de artesanos y obreros, es decir que la clase trabajadora era usuaria de heroína (Molina y Palmer, 1997).

Anteriormente, esta sustancia era consumida por las clases hegemónicas y no representaba mayor problema, pero al involucrarse otro sector de la sociedad, se da una ruptura simbólica, reproduciendo la idea de que el consumo de este tipo de drogas tenían vinculación con el crimen, dando respaldo a la primera campaña contra las drogas a lo interno del país, guiada desde la Policía y el Ministerio de Salubridad Pública.

Otra medida impuesta fue prohibir la importación del opio y sus derivados, que antes de esta fecha era legal, lo cual tiene relación con el esfuerzo internacional por regular la producción y venta de estas sustancias.

Lo expuesto son ejemplos del discurso ético jurídico, que si bien Del Olmo (1998) lo ubica a mediados del siglo XX, en el país anterior a esta época ya se reproducían estereotipos sobre las drogas y las personas que lo consumen, y a su vez, se implementaban restricciones sobre el mismo.

A nivel socioeconómico, Costa Rica comenzaba a visualizar la vulnerabilidad que traía la dependencia del mercado internacional con respecto al café y el banano, ya que “una baja en la exportación, se traducía en una caída en las importaciones y en un desplome en los ingresos fiscales” (Molina, 2002).

Esta situación empeoró para la tercera década del siglo XX, dándose un decaimiento del modelo liberal, “los precios internacionales del café y el banano declinaron. El dramático colapso de la Bolsa de Nueva York en 1929 y el posterior desplome económico mundial

desacreditaron completamente los dogmas del libre mercado” (Molina y Palmer, 2005, p.3), y justo cuando se muestra signos de recuperación a nivel económico se desarrolló la II Guerra Mundial.

En 1939, gran cantidad de las exportaciones del país que iban para Gran Bretaña y Alemania se tuvieron que redirigir a Estados Unidos, pero de igual forma el impacto económico se sufrió ya que el precio que se pagaba por el café era menor y en el caso del banano este no fue asumido por el mercado estadounidense.

1.2.2.1. Actores sociales.

Bajo este contexto, en el cual se comenzaron a evidenciar los primeros problemas con el consumo problemático de alcohol, surgieron personas y grupos particulares que se interesaron por tomar medidas ante tal situación.

1.2.2.1.1. Elite filantrópica y caritativa.

Uno de los primeros actores sociales que dio atención a las personas con problemas de consumo de alcohol fueron entes vinculados a la caridad, tales como el entonces llamado Asilo Nacional de Locos “Asilo Chapuí” (Solís, 2006) -ahora Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres- fundado en 1890 y el Hospital Nacional San Juan de Dios reabierto en 1864¹³ (González. C, 1995). Estos centros de salud fueron creados y mantenidos mediante la Junta de Caridad de San José –antecesora de la Junta de Protección Social de San José- conformada por personas de la élite.

Según Solís (2006) este sector filantrópico estaba conformado por personas de grupos socioeconómicos de clase media o alta, vinculados con el agro, comercio y las finanzas, muchos de ellos tenían vínculos familiares entre sí, y además, participaban de manera activa en la vida política del país.

¹³ Según González, C. (1995) este centro de salud se construyó en 1853 pero por razones presupuestarias en 1861 tuvo que cerrar, realizando su reapertura en 1864.

En cuanto a la atención, señala Solís (2006) que desde el “Asilo Chapuí” generalmente las personas que se atendían con problemas de consumo de alcohol eran aquellas que se encontraban en una fase crítica, por lo que la prioridad era iniciar el proceso de desintoxicación, y pasado este, eran dados de alta. A diferencia del Hospital San Juan de Dios en el cual “muchos pacientes estaban internados por enfermedades mentales, originadas por herencia y el alcohol” (González. C, 1995, p.50).

Durante el siglo XIX, esta intervención fue constante, y en el caso de la hospitalización, se registró que el alcoholismo estaba entre las situaciones de mayor incidencia dentro del centro de salud.

1.2.2.1.2. La Liga Antialcohólica.

Siguiendo esta inquietud que generaba el consumo problemático de alcohol, una de las primeras acciones que se realizó desde el Estado es la publicación del Decreto Ejecutivo N° 10 en 1925, en el cual se establecía la enseñanza obligatoria sobre el alcoholismo en los centros educativos de primaria y secundaria del país, realizándose una lección semanal impartida por el cuerpo docente (INSA, 1974).

Resultado de eso, surge la Cartilla Antialcohólica, publicada en 1929 por la Secretaría de Educación Pública, en la cual se insta que la educación es la vía para minimizar o prevenir las consecuencias que genera el consumo problemático de alcohol (INSA, 1974). Asimismo, este documento funcionó como base para la labor que realizó la Liga Antialcohólica (LAA) (INSA, 1974), organización que fue creada en 1935 por un grupo de personas, entre ellos familiares y docentes (IAFA, 2014), que se encontraban preocupadas por las secuelas que el abuso de alcohol estaba generando (IAFA, 2017d).

Para finales de la década del cuarenta y principios de los cincuenta, la LAA desarrolló importantes acciones con la finalidad de mejorar a nivel de capacitación, infraestructura y atención a las personas con consumo problemático de alcohol, además se realizaron gestiones con países más avanzados en la temática.

Según el INSA (1974) para 1948 la LAA buscó el apoyo de la Clínica de Yale, reconocida por su trabajo pionero en materia de tratamiento del alcoholismo, solicitando el préstamo de los planos de esta clínica para ser utilizados en un futuro en Costa Rica. Asimismo, la LAA contacta al Comité Nacional para Educación sobre Alcoholismo en Connecticut, con el fin de recibir asesoramiento sobre el tema.

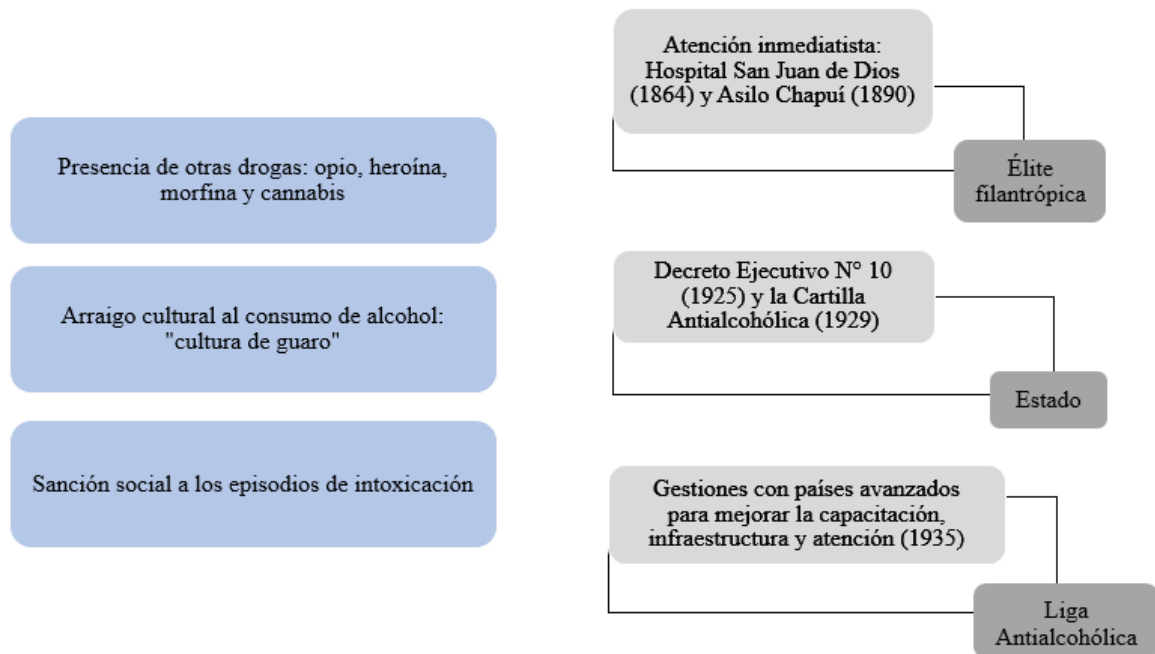
Por otra parte, Ugalde y Blanco (2003) señalan que durante esta época “la principal actividad en materia de drogas fue el tratamiento de los alcohólicos con la creación del Comité de Higiene Mental, el grupo de Alcohólicos Anónimos y el Comité Antialcohólico en 1948” (p.107).¹⁴

En 1950, se buscan opciones con el Gobierno para obtener un edificio especializado para el tratamiento a personas con problemas de consumo de alcohol. Además, en esta década la OMS ofrece su apoyo al país para el establecimiento de programas para atender el alcoholismo (León y Coto, 2004).

Ahora bien, para tener una perspectiva más clara de lo acontecido durante este periodo se presenta la figura 3.

¹⁴ A pesar de ello, León y Coto (2004) señalan que es hasta más adelante que Alcohólicos Anónimos (AA) se instaura en el país.

Figura 3. *Contexto y actores nacionales en el periodo liberal*



Fuente: Elaboración propia.

1.2.3. Periodo desarrollista (1940-1979).

Con la crisis económica mencionada anteriormente vivida a nivel mundial y el declive del periodo liberal, se empiezan a impulsar estrategias de desarrollo hacia dentro, ideas características del Estado benefactor. Según comenta Vargas (2012) este modelo proponía “la diversificación productiva, la modernización de la estructura económica y la integración de todo el territorio del país dentro de un solo mercado nacional” (p.19) sin dejar de lado el papel del Estado, siendo fundamental en este periodo.

A partir de esto, en el país se llevaron a cabo diferentes acciones, entre estas el mejoramiento de la infraestructura física, lo que favoreció la comunicación entre las regiones y mejoró la comercialización, pues hay un avance en la construcción de carreteras, caminos, electrificación, telecomunicaciones, puertos y aeropuertos, lo que conllevó a que el mercado nacional se dinamizara (Vargas, 2012). En función de esto último, Costa Rica

se incorpora al Mercado Común Centroamericano, en el cual se fomentaba la competencia, únicamente entre estos países, permitiendo un desarrollo de la industria.

También hubo una inversión importante en el aparato público, lo que se ve reflejado en las instituciones que se crearon en este periodo. Estas generaron una elevación en las condiciones de vida de las personas, tanto a nivel educativo, sanitario, social y económico. Según Vargas (2012) lo señalado permitió “el aumento de los salarios de la clase trabajadora, el incremento de los ingresos de la población campesina [...] el crecimiento de las compras del sector público, al crear nuevas instituciones y emplear más trabajadores” (p.30).

En lo que respecta a drogas específicamente, en la década del cuarenta en el entonces conocido “Asilo Chapuí”, se amplía la infraestructura y se construye un pabellón exclusivo para personas con problemas de drogas (Solís, 2006).

El uso de alcohol sigue estando presente, de hecho, Ordoñez (2004) expone que en 1949 se reporta el uso de un “elixir paregórico”, el cual se realizaba a partir de la mezcla de opio y alcohol. Se da un aumento del grupo considerado alcohólicos, los datos sobre consumo de alcohol per cápita resultaron preocupantes “durante el año 1965, se aprehendieron 1.119 fábricas de licores clandestinos, así como 25.400 litros de licor y 4.300.000 litros de fermento” (Adis y Morales, 1967, pp.3-4). Cifras que reflejan que la medida estatal de eliminar los licores clandestinos no dio el resultado esperado, aun existía la demanda este tipo de bebidas.

Dentro de las preocupaciones que se unían, estaban los ingresos a los hospitales y clínicas, y el creciente ausentismo laboral, ya que gran parte del grupo de personas que presentaban un consumo problemático estaban dentro de la población económicamente activa, aspecto que tiene implicaciones para la economía del país.

Otras de las sustancias que se registra en la década de los cincuenta son la morfina, la cocaína, la marihuana y los barbitúricos; sobre estos últimos, el Hospital San Juan de Dios

tuvo una cantidad importante de personas intoxicadas por estas sustancias, esto producto de la venta libre en las farmacias (Ordoñez, 2004).

Para mediados del siglo XX, el país se recupera satisfactoriamente de la crisis de dos décadas atrás, “el crecimiento económico desde 1950 hasta el ingreso de Costa Rica al Mercado Común Centroamericano –MERCOSUR- en 1963, fue muy favorable” (Vega, 2004, p.166), aumentándose el Producto Interno Bruto (PIB) del país.

No obstante, este crecimiento no fue homogéneo en toda la población, ya que si bien en este periodo hay una expansión en el sector agrícola, a partir de 1963 se da un vuelco hacia las relaciones capitalistas. Un ejemplo de ello es el proceso de tecnificación que se desarrolló en el sector agrícola el cual generó oportunidades para el aumento de la productividad en las empresas privadas, reemplazando la mano de obra del campesinado (Rodríguez, 1992).

Una de las consecuencias de lo anterior son los procesos de migración interna del campo a la ciudad, las personas se movilizan hacia la periferia buscando otras opciones de empleo, pero estas no son absorbidas por este sector de la economía (Rodríguez, 1992), provocando que muchas de estas familias enfrentaran una situación de pobreza.

Esta situación, señala Alfaro (2010) pudo provocar que las personas se vincularan con el tráfico ilícito de drogas, como un medio de subsistencia y además como una vía para tolerar la situación de desarraigo que estaban viviendo. De hecho, Míguez (1982) añade que parte de estas migraciones es que las personas se asienten en tierras desocupadas, generando zonas de atención prioritaria, en cuanto al consumo de drogas de este lugar, según el autor, no sólo se presenta alcohol sino disolventes, estimulantes, depresores y marihuana.

Sobre esta última, en el periodo entre los cincuenta y setenta se registra un consumo importante, tanto por parte de personas jóvenes como adultas, elementos que ayudaron a disminuir el estereotipo de que únicamente las primeras eran quienes consumían marihuana, especialmente porque en esta época a nivel internacional se experimentaba el

movimiento contracultura (Alfaro, 2010). Asimismo, dicha autora expone que “los usuarios dejan de ser únicamente individuos de las clases populares y se le suman consumidores de otras clases” (Alfaro, 2010, p.21).

Para los finales de los setenta y principios de los ochenta, el periodo desarrollista entra en crisis, a nivel internacional se dan aumentos en los precios del petróleo, los países capitalistas avanzados se encontraban en recesión económica, se presentó especulación financiera (Vargas, 2012), situación que afectó directamente a Costa Rica.

Vargas (2012) explica que a nivel nacional se presenta un déficit fiscal y un desequilibrio en la balanza de pagos, lo que hizo necesario que el país recurriera al endeudamiento externo para sobrellevarlo, empero durante el periodo de 1980-1982 la crisis toma dimensiones que son difíciles de soportar con ello se da un vuelco en el modelo económico de desarrollo estatal, ahora al neoliberal.

1.2.3.1. Actores sociales.

Como se expuso, en general este periodo se caracterizó por un fortalecimiento del aparato estatal, situación que se puede reflejar con las acciones que se desarrollaron alrededor del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

1.2.3.1.1. Comisión sobre Alcoholismo.

Según Carvajal y San Lee (1994), para este periodo en el país no existía ningún tipo de estudio que respaldara la necesidad de crear un ente como este, no obstante, había un sentir en diferentes sectores de la sociedad de la prevalencia del alcohol y las consecuencias que estaba teniendo su consumo excesivo.

Así que diez años después de la creación de la Liga Antialcohólica, se instauró el Comité sobre el Alcoholismo, liderado por Carmen Madrigal de Geannette¹⁵, siendo este el antecesor de la Comisión sobre Alcoholismo (CSA).

La Comisión se creó a partir del Decreto Ejecutivo N° 11 de 1954 y un año después se dio la apertura del primer centro de atención, dando inicio a los programas de investigación, prevención y tratamiento ante el alcoholismo. El primer edificio de la CSA fue un préstamo de instalaciones que hizo el Comité de Higiene Mental (León y Coto, 2004); cabe destacar que las profesiones pioneras que brindaron atención fueron Trabajo Social y Medicina, sin embargo para 1975 se incorporó Enfermería, Psiquiatría y Terapia Ocupacional (Rosales, 1975).

Dentro de las funciones de la Comisión estaba educar especialmente a niños y niñas, brindar tratamiento a personas con problemas de consumo de este tipo de bebidas; y fomentar la formación de grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), ya que en la Comisión había personas que conocían esta propuesta de intervención (León y Coto, 2004).

Para 1959 se empezó a implementar la psicoterapia intensiva, coordinaciones con centros hospitalarios, en 1960 se trabaja con hijas e hijos de padres o madres con consumo problemático de alcohol, en este se desarrollaban actividades lúdicas e informativas. En 1963 inició el trabajo con las esposas de los hombres con problemas de consumo de licor, y en 1964 se fundó el Centro para el Tratamiento de Niños y Adolescentes Carmen Nieto de Madrigal con funciones de carácter preventivo (INSA, 1980).

Debido a que la atención se encontraba en el Valle Central, se inició una atención a través de cartas, estas eran enviadas por las personas que necesitaban asesoría o apoyo y se encontraban fuera del GAM, por lo que se les dificultaba trasladarse a las instalaciones (INSA, 1980). En 1966 se contrata medio tiempo a una Trabajadora Social para que se

¹⁵Esta permanece en la Comisión hasta la década de los sesenta.

encargara de manera exclusiva de contestar las cartas que se recibían, pero debido al aumento de la demanda para 1968 se le asigna un tiempo completo, estableciendo para 1970 de manera oficial el programa de tratamiento por correspondencia (Acuña y Esquivel, 1975).

En 1970 se presenta el primer estudio nacional sobre la ingestión de alcohol en el país (INSA, 1974), y en 1972 se firmó con el gobierno el primer Centro de Estudios sobre Alcoholismo en Costa Rica, siendo el primero en su tipo en América Latina (Ugalde y Blanco, 2003).

Aunado a lo anterior, a inicios de esta década se crea el Albergue San Rafael, que es considerado el “antecedente inmediato de los centros de rehabilitación. Desde 1970 hasta 1974 contó de 10 a 17 camas para dar asistencia y los pacientes permanecían internados de cinco a diez días, contaba con servicios médicos y Trabajo Social” (INSA, 1980, p.28).

INSA (1980) refiere que dos años después, se establecieron centros fuera del Valle Central, lo que amplió la atención que se brindaba a otros espacios, y en la Comisión se dio un trabajo más organizado con unidades especializadas y personal fijo.

Al respecto, Carvajal y San Lee (1994) exponen que en este periodo la consulta externa se daba de manera continua a las labores de tratamiento y diagnóstico realizado por profesionales en Medicina, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social. Las mismas autoras señalan que se incrementaron los programas de desintoxicación.

En relación con el modelo de tratamiento, se caracterizó por su visión médico-sanitaria, donde “hubo un marcado interés por las causas bioquímicas y psicológicas del alcoholismo (...) la rehabilitación se centró en las acciones médicas y psiquiátricas” (Carvajal y San Lee, 1994, p.9).

Como se puede observar, el papel de esta Comisión fue amplia, desarrollándose acciones más claras en materia de tratamiento; tal fue su importancia en el escenario social que

desde el aparato estatal pasa a transformarse en un Instituto (INSA), el cual se procederá a explicar posteriormente.

1.2.3.1.2. Comités de Cooperación.

Los Comités forman parte de la labor comunal que realizaba la CSA, fueron conformados por grupos de personas de la misma comunidad que tenían interés en apoyar. Su objetivo era informar y atender a las personas con consumo problemático de alcohol, estrategia utilizada para contrarrestar la limitante de la distancia geográfica de los centros de tratamiento.

Dentro de sus funciones se encontraban informar a la comunidad sobre el alcoholismo como una enfermedad, sobre los servicios de la CSA, apoyar a las personas que tenían un consumo problemático para que buscaran un tratamiento, conseguir fondos para el mantenimiento de los mismos comités y coordinar con otras organizaciones comunales y generar alianzas (CSA, s.f.).

1.2.3.1.3. Irma Morales Moya: profesional en Trabajo Social

La profesión de Trabajo Social fue fundamental en el tratamiento que se le daba al consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente de alcohol, dado el contexto.

Entre las labores que realizaba la profesión se encontraba la Dirección General de la CSA, esto a cargo de Irma Morales Moya (1910-1998), quien estuvo en el puesto por veinte años; inicialmente fue maestra normalista, pero posteriormente realizó sus estudios en Trabajo Social en Estados Unidos (León y Coto, 2004).

Según señala Rojas (2007) Irma Morales no sólo tuvo un papel fundamental en la labor terapéutica en la institución, sino que abrió paso para que profesionales de Trabajo Social ingresaran a trabajar en la misma. De hecho, en un informe de labores de CSA, esta profesional propone establecer dos Departamentos: el Clínico y el de Servicio Social (León y Coto 2004).

Cabe señalar que esta profesional no sólo se destacó en el trabajo con la población con problemas de alcohol, sino que según el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) (2017) fue Vicepresidenta de Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), participante en la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y de la Junta Directiva del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), asistió a sesiones del Status de la Mujer de la ONU, fue fundadora de DELFI y la Asociación de Desarrollo Económico Laboral Femenino Integral (ASODELFI), y tuvo un papel importante en el área de la gerontología.

Además de esta figura pionera, se reconoce el aporte de la profesión en el tratamiento, teniendo como metodología inicial caso-grupo-comunidad. En cuanto al tratamiento individual, se caracterizaba por ser un espacio en donde la persona consumidora y las y los profesionales indagaban sobre aquellas razones y situaciones que lo hacían beber de manera constante, buscando las formas para alcanzar la recuperación. Asimismo, la profesión realizaba tratamiento familiar, mediante visitas domiciliarias, con el fin de que la familia se involucrara en el proceso de recuperación de la persona consumidora (CSA, s.f.).

A la vez, el trabajo de grupos, pues se realizaba terapias grupales, en donde diferentes personas con problemas de consumo se reunían, compartían sus experiencias y generaban redes apoyo, en algunas ocasiones eran dirigidas por las y los profesionales en esta área, en otras se planteaba un tema de interés para las y los participantes o invitaban a personas expertas a dar una conferencia (CSA, s.f.).

Otra tarea que tuvo la profesión, fue el tratamiento por correspondencia, este surge debido a la limitante en la cobertura geográfica que tenían los centros. Al inicio el servicio no contaba con respaldo, pero la profesional que estuvo a cargo y su ética de trabajo cuando respondía las cartas, dieron resultados favorables, por lo que este se consolidó y además se sumaron acciones como visitas a hogares, creaciones de grupos en otras localidades, contactos con líderes comunales, envío de medicamentos (Acuña y Esquivel, 1975).

Asimismo, en los Comités de Cooperación que se mencionaron anteriormente, también existía participación de Trabajo Social en muchos de los casos con un papel de fiscal (CSA, s.f.). Por lo que es innegable que la profesión ha sido líder desde los inicios en el tratamiento sobre el consumo de drogas, brindando aportes valiosos desde su formación.

1.2.3.1.4. Alcohólicos Anónimos.

Otro actor social que surge en Costa Rica en esta época es Alcohólicos Anónimos (AA). Este fue fundado por los estadounidenses Bill W y el Dr. Bob, en 1935, ambos tuvieron un consumo problemático de alcohol.

Inicialmente Bill W es quien experimenta el proceso de recuperación, por el apoyo de un amigo que también tuvo problema de dependencia con esta sustancia, el cual le aconseja tener su propia perspectiva espiritual que le ayude a salir de tal situación (Alcoholic Anonymous World Services, 1976).

Al respecto, Gutiérrez (2015) apunta que dicha persona se llamaba Ebby, mismo que le recomienda que para obtener esa visión espiritual visitara el Grupo de Oxford. Este último, menciona el mismo autor, se trataba de una congregación evangélica cristiana, “compuesta en su mayor parte de gente no-alcohólica, que recalca los valores espirituales universales a la vida diaria [...] estaban dirigidos por el renombrado clérigo episcopaliano el Dr. Samuel Shoemaker” (Torres, 2007, p.13).

Durante su proceso de recuperación, Bill tuvo la idea de apoyar a otras personas que como él estaban en una situación de dependencia al alcohol. Una de estas personas fue el Dr. Bob, en su encuentro inicial, Bill W comparte diferentes situaciones con él, y lo que le llamó la atención fue la idea de que otra persona que había pasado por experiencias similares a las de él estuviese recuperado (Alcoholic Anonymous World Services, 1976).

El enfoque de AA que Bill y Bob construyeron, se basa en los Doce Pasos, mismo que tiene un fuerte componente espiritual-religioso, lo cual se encuentra vinculado a la influencia de Bill con el grupo de Oxford, estos pasos son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder superior a nosotros mismo podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos librase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diere la fortaleza para aceptarla.
12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos (Alcoholic Anonymous World Services, 1976, p. 60).

Además de estos, AA funciona con grupos de personas con problemas de consumo ya que su finalidad es el apoyo mutuo (Tasies, 1970), siguiendo esa idea inicial que cautivó al Dr. Bob. Otra técnica que se desprende del trabajo de pares es el apadrinamiento, el cual

consiste en que una persona recuperada del consumo problemático de alcohol, apoya a aquella que se encuentra en proceso de recuperación.

En Costa Rica, AA ingresa alrededor de la década de los cuarenta, según León y Coto (2004) a través de Felipe Madrigal quien estuvo en Estados Unidos y conoció el programa, por lo que cuando vuelve al país, empieza a exponer la propuesta, Castegnaró (2000) añade que Carmen Nieto de Madrigal, cónyuge de Madrigal, tuvo también un papel importante en los inicios de AA en Costa Rica, pues a través del libro de Bill y Bob conoció la propuesta y apoyó en su instauración. No obstante, es hasta en 1957 que este modelo se instaura y para 1974 se reportan alrededor de trescientos cincuenta grupos en todo el territorio costarricense (INSA, 1974).

Tasies (1970) agrega que en la década de los sesentas es cuando toma auge y se comienzan a crear los grupos, el primero es en San José y se reunían alrededor de diez a veinte personas, “muchas de las cuales fueron después llamadas a contribuir con parte de los propósitos que desarrolla en nuestro medio lo que antes se conociera como Liga Antialcohólica y hoy se llama Comisión sobre Alcoholismo” (p.20). Cabe destacar que AA a la fecha se encuentra activo en todo el país, por lo que su trascendencia dentro de la construcción del modelo de atención es innegable.

1.2.3.1.5. Asociación de Desarrollo Específico pro pabellón Enfermos Alcohólicos.

La Asociación de Desarrollo Específico pro-pabellón Enfermos Alcohólicos (ADEPEA) surge en 1957 como producto del interés de un grupo de personas voluntarias que deseaba atender el tema del consumo problemático de alcohol en su comunidad, razón por la cual se dirigen a la directora de turno de la CSA para solicitar apoyo (Castillo y Chavarría, 1976).

Justamente, en este periodo es cuando emerge la disposición de la CSA de crear Comités de Cooperación, por ende, este es el primero que surge en el país, específicamente en la provincia de Cartago (León y Coto, 2004).

Sin embargo, es hasta 1970 que ADEPEA se funda de manera oficial, su objetivo principal era instalar un pabellón para la atención de esta población. Aunque en un inicio la Asociación estaba interesada en que esto fuese asumido por el Hospital Max Peralta, esto no fue posible, por lo que las personas voluntarias lo realizaron por su cuenta (Castillo y Chavarría, 1976).

En cuanto a su funcionamiento, esta misma fuente menciona que en sus inicios el pabellón tenía una clínica diurna, que posteriormente se extendió la atención veinticuatro horas diarias. También, se contaba con servicios de hospitalización, en el cual participaban auxiliares de Enfermería y Medicina.

En relación con el tratamiento, se daban servicios de desintoxicación y Psiquiatría y a su vez, había profesionales en Trabajo Social, quienes realizaban tareas de prevención y atención social individual y grupal, enfocado en el método de caso (Castillo y Chavarría, 1976).

Cinco años después, la Asociación cierra el pabellón para dedicarse a otro proyecto, en donde “le dan énfasis a los proyectos de capacitación ocupacional y resocialización del alcohólico en programas a largo plazo” (Castillo y Chavarría, 1976, p.110). Cabe destacar que ADEPEA aún se encuentra activo, siendo parte de las ONG acreditadas por IAFA.

1.2.3.1.6. Unidad de Adaptación de Enfermos Alcohólicos.

Otro ente que aparece en esta época es la Unidad de Adaptación de Enfermos Alcohólicos, esta fue creada en mayo de 1972, en este espacio se recibía a aquellas personas que hubieran cometido algún delito mientras se encontraba en estado de ebriedad con el objetivo de brindarles tratamiento (Rosales, 1975).

Anteriormente, estas personas eran trasladadas a un lugar llamado “la chichera”, sin embargo, debido a sus limitantes se ve la necesidad de construir un espacio diferente, idea apoyada por la CSA, por lo cual surge esta unidad.

La Unidad de Adaptación para Enfermos Alcohólicos tenía una capacidad de atender a ochenta y ocho personas, teniendo prioridad aquellas que ingresaban por primera vez y no hubiesen cometido un delito grave, reincidentes que no se haya fugado en el pasado y casos referidos por la CSA (Rosales, 1975).

Para el año 1972, según León y Coto (2004) esta unidad contaba con un profesional en Trabajo Social y un profesional en Medicina; también, contaban con diferentes programas: huerta, lavandería, cocina y otro tipo de talleres. No obstante, una de las situaciones que generaba disconformidad era que se priorizaban los programas de trabajo ante los programas de tratamiento (León y Coto, 2004).

1.2.3.1.7. Ejército de Salvación.

Esta organización internacional nace en Inglaterra en 1865, fundada por el ministro William Booth, cuya motivación inicial fue crear iglesias para que las personas en condición de pobreza pudiesen recibir su mensaje de carácter religioso (The Salvation Army International, 2017). El Ejército de Salvación trabaja en diferentes países con diversas temáticas, entre estas se encuentra la salud, y dentro de esta el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Rojas, Canales y Ramírez (2003) indican que su labor en Costa Rica inició en la provincia de Limón en 1908. Por su parte, Castillo y Chavarría (1976) señalan que en marzo de 1976 la organización decide trabajar el tema del consumo problemático de alcohol en el país, esto por sugerencia de la entonces primera dama Karen O. de Figueres; su trabajo se enfocó en cuatro áreas: físico, mental, social y espiritual, teniendo tres grados de recuperación: satisfactorio, mejorando y no satisfactorio.

Además del trabajo con la población con problemas de consumo de sustancias psicoactivas y los centro de rehabilitación, Rojas, Canales y Ramírez (2003) exponen que contaba con diferentes programas tales como: guarderías infantiles para hijos de mujeres jefas de hogar, centros de educación infantil, hogar sustituto para niños en alto riesgo

social, programas de nutrición diaria, programas de capacitación vocacional, talleres de auto ayuda y micro empresa, programas para discapacitados, respuestas a desastres.

1.2.3.1.8. Instituto Nacional sobre Alcoholismo.

El Instituto Nacional sobre Alcoholismo se ubica dentro de la línea de actores estatales, este fue creado en 1973 mediante la reforma a la Ley N° 5412: Ley Orgánica del Ministerio de Salud, en la cual, como se expuso, la CSA se convierte en INSA.

Esta entidad, estaba adscrita al Ministerio de Salud (MINSA) y le correspondía lo referente a la “investigación, prevención y lucha contra el alcoholismo, así como la coordinación de programas públicos y privados que tengan esos mismo fines” (INSA, 1974, p.1).

Entre los programas que estableció la entidad se encontraban los de educación y adiestramiento, comunidad, investigación, tratamiento y rehabilitación, y administración y dirección (León y Coto, 2004).

En 1974 se creó el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), en el cual se le asignó un porcentaje al INSA para apoyar en su funcionamiento (Rojas, 2007), ya que esta institución no tenía la capacidad de atender si quiera a San José (INSA, 1974).

Un año después, el Código Penal (1975) afirma que el alcoholismo es una enfermedad, lo que promueve los programas de tratamiento, este es un fundamento característico del discurso médico-sanitario, mismo que se venía gestando desde la CSA, y se consolida con esta acción jurídica.

Así, se empieza a dar un crecimiento desde el aparato estatal, en 1975 se establece consulta externa, en 1976 se adquiere un nuevo edificio. También, se construyen nuevos centros de tratamiento en el marco del INSA, en 1976 se crea el Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos de Tirrases (CREAT), un programa de rehabilitación para

mujeres alcohólicas, y la Clínica Infanto-Juvenil para hijas e hijos con padres y madres con problemas del consumo de alcohol (IAFA, 2017d).

En la década de los setenta también se prepara de mayor manera al personal en diferentes partes del país, aumentando la cobertura que se brindaba, ya que se incluyen comunidades rurales y de atención prioritaria (León y Coto, 2004).

A pesar de lo anterior, se reflejan problemas en la entidad, los programas de Trabajo Social por Correspondencia y el de Ayuda a la Empresa habían sido suspendidos sin notificación a la Junta Directiva.

En lo que respecta a CREAT este era un centro importante dada la atención que brindaba, el cual en determinado momento logró ser autosuficiente. No obstante, en 1979 se presentaron algunas limitantes, el terreno fue asignado a otros proyectos como el Plan Acción Ya, el relleno sanitario Río Azul y una plaza de deportes (León y Coto, 2004).

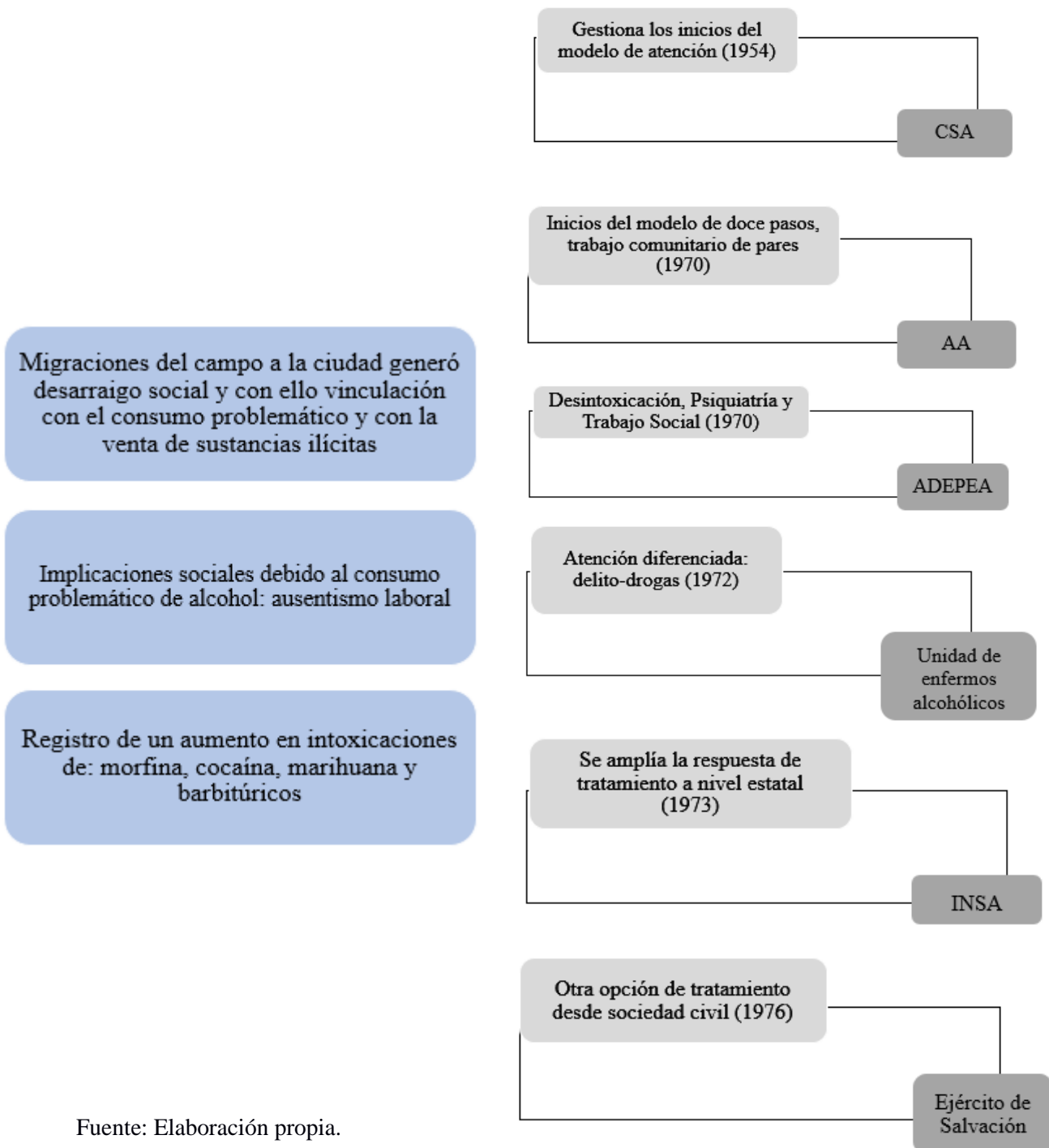
La década de los ochenta fue complicada a nivel mundial, dada la alza en los precios del petróleo, lo que produjo en el país un crecimiento de la deuda externa y un déficit fiscal (Vega, 2004).

A pesar de esto, el INSA tenía una reserva dado a superávit de años anteriores, lo que permitió un poco de estabilidad, “sin embargo la convulsión fue tanta que se forjaron muchas historias en torno a aspectos económicos, la institución no escapó de esto” (León y Coto, 2004, p. 70).

Asimismo, este periodo se caracterizó por el cambio de patrones de consumo, en el cual reaparecen otro tipo de sustancias psicoactivas, razón por la cual se ve la necesidad de que la entidad le de tratamiento no sólo al problema derivado del consumo de alcohol, sino a otro tipo de drogas.

En la figura 4 se presentan los principales acontecimientos del periodo desarrollista, esto para facilitar la comprensión de lo expuesto.

Figura 4. Contexto y actores nacionales en el periodo desarrollista



Fuente: Elaboración propia.

1.2.4. Periodo neoliberal (1980-hoy).

Molina y Palmer (2005) afirman que la crisis experimentada a finales del periodo desarrollista generó un decrecimiento del producto interno bruto (PIB) hasta un 11% entre 1981-1982, y los salarios reales decayeron en un 40% por lo que la afectación en las condiciones de vida de la población costarricense fue significativa. Por ende, el neoliberalismo viene a ser la estrategia utilizada para hacer frente a esto, sus acciones se caracterizaron por reducir el margen de acción del Estado, debilitando o ocasionando la privatización, o en su defecto, el cierre de los servicios de las diversas entidades públicas creadas y promoviendo el libre comercio.

Como muestra de lo anterior, en 1984 en Costa Rica se aprueba la Ley N° 6955: Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público en el cual se restringe el gasto y empleo público, así como la Iniciativa para la Cuenca del Caribe (ICC) permitiendo “la libre exportación a los Estado Unidos de mercancías producidas en la región, sin exigir reciprocidad en el trato comercial por parte de nuestros países” (Vargas, 2011, p.17). También, se da un fuerte crecimiento en la banca privada y entran a regir los PAE, los cuales estaban relacionados con la apertura comercial externa, reducción a las importaciones, movilidad laboral y reducción del gasto público (Vargas, 2011), sin dejar de lado la aprobación de Tratado de Libre Comercio (TLC) en el 2007.

A pesar de que este modelo se colocó con la solución a la situación socioeconómica del país, Vargas (2011) señala que “la economía crece con lentitud, su comportamiento es muy inestable [...] la sociedad se vuelve más inequitativa” (p.57). Es decir, con la instauración del modelo económico neoliberal se intensificó la brecha entre las clases socioeconómicas.

Lo anterior afectó aún más la situación económica de la clase subalterna, autores como Molina y Palmer (2005), afirman que muchas de estas personas tomaron por opción para sobrellevar su situación, involucrarse en pandillas, debido a que la promesa de estas es obtener dinero “de manera sencilla” a partir de actos delictivos o bien el tráfico de drogas, además les brindaba un sentido de identidad. Por lo que para la década de los ochenta, en el

país hubo un auge de grupos vinculados con la comercialización de sustancias ilícitas, y que al mismo tiempo la demanda de estas a nivel internacional y nacional se encontraba en auge.

En relación con lo anterior, para este periodo la demanda de cocaína y crack se acrecentó (Molina y Palmer, 1997). Una característica del uso de cocaína, es que está mediada por un tema de oportunidades para adquirirla, debido a su precio. Es por esto que la demanda interna era diferenciada, la cocaína era utilizada exclusivamente por clases hegemónicas y, para las clases subalternas la disposición que había era en su forma cristalina, es decir, el crack (Palmer, 1997).

Este consumo diferenciado, dio repercusiones diferenciadas. La cocaína por su parte, podía no demandar intervención, o bien, si lo hace, la solvencia económica de quienes la utilizaban les permitía acceder a un tratamiento. A diferencia de las personas que hacían uso del crack, quienes debido a la composición de esta sustancia estaban en total disposición de verse afectados colosalmente por el impacto que esta tiene para la salud y debido a sus condiciones materiales era poca la oportunidad para atenderse, quedando en una situación de vulnerabilidad.

Aunado a la prevalencia del consumo de cocaína y crack, es hasta finales de la década de los setentas y principios de la década de los ochentas, que empieza a tornarse un problema de salud pública a nivel nacional el fumado de tabaco.

Esto debido al contexto internacional, en países europeos y latinoamericanos se evidenció un aumento del consumo desde la década anterior, situación que alarmó a la OMS, desarrollando así un informe en 1970 donde se concluye que los cigarrillos son una causa de mortalidad excesiva, además cuestionó su uso legalizado, señalando que

[...] el costo de la asistencia médica a las personas que han enfermado por fumar, la pérdida de productividad causada por las muertes prematuras que tienen su origen en el tabaco, las pérdidas económicas debidas al ausentismo en el trabajo que producen las

enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, y las pérdidas de bienes y vidas que se producen por descuidos de fumadores, suelen superar el valor económico total de los productos elaborados con el tabaco. (OMS, 1975, p.20)

Por lo que desde la agenda internacional se demandaba acciones a nivel nacional, en el caso del tabaco tomó prioridad su consumo en las décadas de los ochentas y los noventas, aunque este es ubicado desde tiempos de la colonia.

1.2.4.1. Actores sociales.

1.2.4.1.1. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

En concordancia con la evolución del consumo de sustancias psicoactivas se amplió la demanda de atención, ya que estaba focalizada en la dependencia al alcohol. De allí que en 1986 a partir de la Ley N° 7035, por reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud el INSA se transforma en IAFA.

Según Artavia, Regueyra y Bejarano (1991) desde 1986 hasta 1990 la entidad obtuvo diferentes logros, en el área de prevención alcanzó llegar a 72 000 beneficiarias y beneficiarios, 170 empresas, se realizaron cientos de talleres comunales y se capacitaron a educadores, padres y madres de familia, estudiantes, profesionales. En el área de investigación, se concluyeron veintisiete proyectos a escala nacional, en poblaciones específicas y en pacientes.

En lo que respecta a atención, para consulta externa se lograron 55 803 atenciones, y en el trabajo comunitario y la unidad de desintoxicación del Hospital Calderón Guardia se superó el 100% de lo esperado. En internamiento, por el contrario, se presentó una disminución en el número de camas.

Por otra parte, dichos autores señalan que en el año 1990 se realiza un análisis institucional, en donde se visualizan diferentes situaciones, entre estas que no hay una conceptualización clara dentro del ente sobre la adicción, lo que impide tener claridad a

nivel teórico y práctico. De igual manera, no hay estrategia metodológica ni objetivos institucionales, sino que esto estaba determinado por cada departamento en forma individual, lo que provocaba acciones aisladas.

También, se dio una proliferación de organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que desarrollan programas alrededor del consumo de drogas, situación que originó confusión en las funciones del ente rector, pues había instituciones que realizaban acciones en la materia y no les correspondía. En el caso de las no gubernamentales, la mayoría no contaba con autorización de IAFA para trabajar, aunque de igual forma esta última no contaba con el respaldo legal para sancionarlas (Artavia, Regueyra y Bejarano, 1991).

Por esto se presentan tres propuestas: eliminar IAFA, unirla con el MINSA o que se continúe bajo una reestructuración, esta última fue la seleccionada. Sobre esto, se debe tomar en cuenta el contexto que se experimentaba, pues parte de las intenciones del modelo neoliberal como se mencionó, era disminuir el papel del aparato público.

Un ejemplo de esto es la situación de CREAT, en 1988 se dan conversaciones con ONG como el Ejército de Salvación, Cruz Blanca, Hogar Salvando al Alcohólico y Hogares Crea para que alguno lo asumiera, concluyendo en pasar el servicio al Ejército de Salvación (León y Coto, 2004).

Como parte de la reforma a nivel nacional se estableció la estrategia de movilidad laboral, lo que provocó incertidumbre en el personal de la entidad, “se hacían comentarios de que la Institución cerraría, pero en realidad, las actividades de reforma se relacionaron más con el Ministerio de Salud y el traspaso de la atención de pacientes a la CCSS” (León y Coto, 2004, p.83).

Posteriormente, para el año 2002, se formuló la Ley N° 8289, una nueva reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, mediante la cual se le dotó de personalidad jurídica instrumental al IAFA y se le encarga

la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; además, 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. (Asamblea Legislativa, 2002a, p. 2)

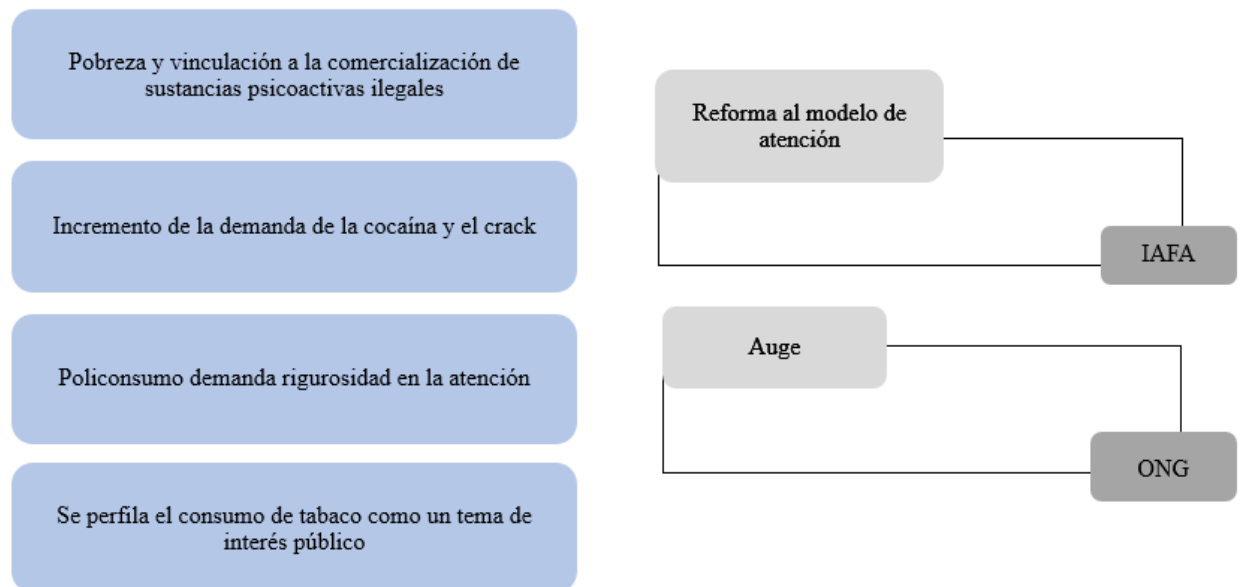
Bajo esta responsabilidad, el IAFA se mantiene con un servicio de tipo ambulatorio, que se encarga de brindar atención a las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, así como también a sus familias. Dentro de este, se encuentran servicios de desintoxicación, valoración psicosocial, seguimiento y grupos terapéuticos (González, Muñoz y Soto, 2015).

Entre los profesionales que se presentan en este proceso se encuentra algunos de larga data como Trabajo Social, Medicina y Enfermería y se unen Psicología, Psiquiatría y Farmacia. Para el tratamiento ambulatorio, desde IAFA se coordinan los CAID, y en cuanto al tratamiento residencial, únicamente se encuentra el Centro para Personas Menores de Edad, ubicado en sede central de IAFA.

Tales transformaciones experimentadas por el ente rector, responden a una estrategia de reducción de sus funciones, las cuales tienen sintonía con lo propuesto desde las políticas de corte neoliberal, en donde a nivel tratamiento, se evidencia la predominancia que tienen las ONG en este periodo, provocando que IAFA disminuya su participación en la materia, nivel de intervención que fue propio desde sus orígenes.

A continuación se presenta la figura 5 que resume los principales aspectos del contexto en materia de drogas y los principales actores de este periodo.

Figura 5. Contexto y actores nacionales en el periodo neoliberal



Fuente: Elaboración propia.

1.3. Marco normativo vinculado con el consumo de sustancias psicoactivas

Se considera que la posición del Estado se refleja en cada una de las acciones que son estipuladas desde el marco normativo, por lo tanto, a continuación se va a profundizar en este. Iniciando por las pautas que se tienen reguladas a nivel internacional y seguidamente con las directrices nacionales vigentes, se debe señalar que el énfasis estará en aquellas vinculadas con la parte de tratamiento, a excepción de algunas que se consideran fundamentales para las investigadoras, en tanto ayudan a la comprensión del accionar a nivel del país en el tema.

1.3.1. Nivel internacional.

Como un antecedente internacional se reconocen las Convenciones del Opio, la primera de ellas fue la Convención Internacional sobre el Opio (1912) la cual fue impulsada desde la Comisión Internacional del Opio (la Comisión Internacional de Shanghai) quien inició su trabajo a inicios del siglo XX. El fin que perseguía era ordenar y regular el tráfico del opio

principalmente, pues era la sustancia de mayor producción y consumo hasta el momento. Sin embargo, se retoma la cocaína, morfina, la heroína y los derivados de esta última.

La estrategia principal fue limitar el comercio, extendiendo una prohibición paulatina de producción y venta en países que no tenían el permiso debido. Además, buscó que el uso medicinal también tuviera limitaciones.

Las leyes y reglamentos quedaron bajo la responsabilidad de cada país participante. Pero, se pautó que el Gobierno Chino y quienes tuvieran tratados con este debían acatar las medidas impuestas por este para erradicar el contrabando, la venta, la distribución y el consumo del opio. Costa Rica en particular, no fue partícipe en esta convención sin embargo a través del gobierno de los Países Bajos se invitó a su firma.

La segunda convención fue la Convención Internacional sobre Restricción en el Tráfico del Opio, Morfina y Cocaína (1925), conocida también como la Conferencia de Ginebra. En esta se retoma lo expuesto en la convención anterior en tanto se refuerza la recomendación de tomar registro sobre la producción, distribución –particularmente detallada- y exportación del opio y sus derivados, y asegurar únicamente el uso médico y científico, este último antes no considerado. Asimismo, debido al auge de otras drogas, en esta además de contemplarse la cocaína, se incluyó la marihuana.

El control pasó del Gobierno de China a dos entidades: al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, responsable de ejecutar y aprobar las medidas de vigilancia al respecto de la producción según la convención; y al Comité Central, quien era el encargado de velar por el cumplimiento de la misma, mediante la rendición de informes sobre el movimiento del mercado internacional, considerando la producción y el consumo de las sustancias reguladas por esta convención. Las medidas de control que impulsaban ambos se vieron fortalecidas cuando las sanciones ya no solo fueron morales y políticas, sino que también de orden penal registrándose el antecedente de la criminalización de las drogas.

Ambas convenciones fueron sustituidas con la Convención Única sobre Estupefacientes (1961), promovida desde la ONU, esta convención fue producto de los avances que demandó el auge en el consumo de estupefacientes en el periodo de guerras y entre guerras. Tuvo por objetivo retomar los puntos de vigilancia de los tratados anteriores y ampliarlos para que en materia de fiscalización de drogas estuvieran todas las plantas -hasta el momento- utilizadas para crear estupefacientes, a saber el opio, cocaína y cannabis y cada uno de los derivados de estas, los cuales fueron enlistados, desde la percepción de la institución, según su aporte terapéutico y su predisposición a crear dependencia.

La prohibición se extendió a la producción, fabricación, venta, exportación/importación que tengan por fin el uso recreacional. Cuando es para uso terapéutico y/o científico, ante cada una de estas etapas lo que propone la convención es una planificación regulada y una evaluación continua que asegure que esta sea su finalidad.

Para 1971, se sumó la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas, promovida de igual forma desde la ONU, en ella se retoman las sustancias que tomaron auge en ese periodo contextual, mismas que no estaban legisladas por la Convención Única. La mayoría de estas sustancias - psicodélicas, anfetaminas y barbitúricos- eran las utilizadas por las casas farmacéuticas y por la medicina.

Sin embargo, debido a que estas sustancias eran de uso médico, la norma creada fue para regularlas y no para prohibirlas, y de igual forma fueron clasificadas según su capacidad terapéutica y de crear dependencia.

Para la década de los ochenta, el tráfico ilícito sigue sin ser erradicado, por lo que desde la ONU se crea la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988), esta convención tiene como eje principal unificar el criterio de que el tráfico ilícito es una actividad delictiva.

Por lo que refuerza la planificación de intervención y el control que las convenciones anteriores proponían; comprometiendo desde la ONU a que todos los Estados partes

colaboren en su erradicación, se les invita a seguir las recomendaciones dadas, y crear material propio que contribuya al objetivo. Esto fortaleció las políticas prohibicionistas en las que se había avanzado y dio paso a una consigna internacional de “guerra contra las drogas”.

Las tres convenciones son la plataforma internacional que se ha creado hasta el momento, y son por lo tanto, el sustento de los lineamientos normativos en materia de drogas en el país, cada una de ellas respondió a un contexto histórico, inicialmente los esfuerzos fueron unidos para atender la producción, venta y consumo de opio, sin embargo, conforme pasaba el tiempo y el consumo de drogas se diversificó esto no fue suficiente por lo que se creó normativa que retomara los estupefacientes y seguidamente los psicotrópicos.

Su creación también deja ver que son las potencias mundiales quienes marcan la pauta en la interpretación e intervención que se va a dar a nivel internacional al tema de las drogas. Las Convenciones del Opio buscaban una regulación de la producción, exportación /importación y venta, sin embargo este control se intensificó en prohibiciones en las convenciones siguientes, las cuales realizaron una distinción entre los usos, aceptando estrictamente el uso medicinal y el científico y rechazando por completo otro uso alterno.

Lo anterior se encuentra mediando por cuotas de poder, ya que únicamente los sectores médico y farmacéutico cuentan con la legitimidad para manipular estas sustancias, partiendo de la premisa de que esta finalidad sí es beneficiosa, rechazando el uso recreacional. Sin embargo, considerando las experiencias pasadas, por ejemplo las consecuencias que generó en la población la “Era Farmacológica”, y la proliferación de drogas sintéticas iniciada en la década de los sesentas, es un argumento debatible.

Aunado a esto, el modelo prohibicionista impuesto desde las potencias, al querer erradicar el uso recreativo, da lugar a que las drogas se coloquen como chivo expiatorio, pues desde los documentos se les consigna como un peligro para la sociedad por su

interferencia en la “buena moral”, fomentando estereotipos hacia los consumidores por su clase y/o etnia -como se planteó anteriormente con el modelo ético jurídico-. Dicha situación atenta contra los derechos humanos, y crea un imaginario de “guerra”, que valida el uso de violencia a cualquier nivel y contra cualquier persona.

Algunas afirmaciones que justifican el énfasis en atender la oferta señalan que es debido al impacto que estas sustancias causan en la salud, empero no se puede omitir una situación latente y es el impacto que el tráfico ilícito tiene para la economía por la cantidad de dinero que se genera, dando como producto una sub economía. Por lo que es innegable que en cuanto a motivaciones para intervenir en el fenómeno de las drogas hay diversidad.

Ninguno de los objetivos de las convenciones vigentes internacionalmente responde al tema de atención a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, pues el énfasis es en la oferta, priorizando la estrategia en lo punitivo.

No obstante, Costa Rica se ha adscrito a dos directrices internacionales dadas desde la OMS, que sí promueven una estrategia de tratamiento internacional. La primera de ellas es el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (2005), considerado como un tratado de salud pública, ya que invita a que se unan esfuerzos mundiales para atender el tabaquismo.

Este último es considerado por la OMS como una epidemia que atenta contra el bienestar de toda la población, debido a la morbilidad y mortalidad que se le asocian, por lo que su objetivo se basa en dos ejes: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta. Para reducir la demanda propone colocar impuestos al tabaco y sus productos, promover un etiquetado con advertencias sanitarias e información veraz, prohibir la publicidad engañosa y generar programas para abandonar el consumo y acompañar en la reinserción.

Cabe destacar que cada una de estas propuestas, ya había sido discutida como una recomendación en los informes de expertos que realiza la OMS desde la década de los setentas, no obstante al ser un convenio alcanzó mayor nivel de compromiso de las partes.

La segunda directriz, es la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol (2010), que tiene por intención principal reducir el impacto en la salud física y las consecuencias a nivel social que genera el uso nocivo de esta sustancia. Se afirma que este nivel de uso se ubica dentro de los primeros tres factores de riesgo que generan un deterioro en el bienestar de la población, debido a que se asocia con enfermedades no transmisibles.

Razón por la cual tienen por interés concientizar respecto al impacto a nivel de sanitario, social y económico que genera este tipo de uso, aunado a la creación de recursos de prevención para reducir la incidencia de consumo a este nivel en el escenario mundial.

Ambos lineamientos poseen un enfoque distinto a los anteriores, en estos la finalidad ante la demanda es principalmente su reducción. Pero no desde un eje de prohibición, si no que los textos plantean que la principal maniobra es brindar información veraz, debido a que el alcohol y el tabaco son sustancias de venta y consumo permitido para personas mayores de edad, por lo que su impacto en el bienestar personal y colectivo solo se puede disminuir si hay un consumo responsable.

Un reto a lograr, al ser ambas sustancias catalogadas como legales, es ahondar en la tolerancia social que estas han adquirido en el imaginario social, para que a su vez se pueda disminuir el uso abusivo de estos.

Debido al objetivo que tienen los textos, ambos son utilizados en el país para respaldar la investigación e intervención ante el consumo de alcohol y de tabaco, orientando los programas y proyectos desde los ejes estratégicos, buscando cumplir la meta colectiva que es la reducción.

1.3.2. Nivel nacional.

Las directrices internacionales citadas anteriormente son aceptadas por diferentes naciones, Costa Rica se compromete a cumplir con algunas de ellas, dichos acuerdos se concretan en leyes a regir dentro del territorio nacional. Con respecto a la Convención Única sobre Estupefacientes (1961), esta fue avalada mediante la Ley N° 4544: Convención

Única Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas en el año 1970; posteriormente dicha convención fue modificada en 1972, cambio que también fue realizado por el país a través de la Ley N°5186: Protocolo de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes, cabe acotar que estas legislaciones ya no se encuentran vigentes, dado que fueron reemplazadas por una normativa que integra lo pactado en estas y en otras convenciones que se expondrá más adelante.

No obstante, una norma dentro marco jurídico costarricense en relación con el tema que se encuentra vigente y que según Cortés (2016) en su momento también acogió lo expresado en la Convención Única es la Ley N° 5395: Ley General de Salud (1974). En esta se le da la responsabilidad al Estado de propiciar la salud en la población en general, por lo que toda persona tiene por derecho la prestación de estos servicios.

Particularmente, en lo que respecta a drogas, la ley regula la producción e importación de adormidera, coca y cáñamo, permitiendo únicamente a Médicos, Odontólogos y Veterinarios la prescripción de psicotrópicos, y a los establecimientos farmacéuticos aprobados para la obtención de estas sustancias.

También, esta legislación señala elementos a considerar para la intervención, afirma que tomar un tratamiento debe ser voluntario, con la excepción de si es una orden de una autoridad competente. Asimismo, establece que todos los centros de atención deben estar autorizados por el Ministerio de Salud, y que debe haber profesionales capacitados para dar una atención de calidad, retomando que la atención se puede extender al núcleo familiar para un mejor resultado.

En materia de atención, la Ley N° 8289: Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y la Ley N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2002) permitió que el IAFA se constituyera en un órgano desconcentrado del MINSa, dándole autonomía de acción en el

campo del consumo de sustancias psicoactivas. Por ende, se le asignó la tarea de dirección técnica, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

A la vez, dicho instituto es el encargado de aprobar todos los programas que se crean en el territorio nacional para la prevención, tratamiento y rehabilitación, y de no cumplir con las directrices estipuladas, tiene la potestad para dar por terminados dichos programas, quedando la competencia de aprobación de la intervención en el IAFA y la aprobación del espacio físico para la intervención en el MINSA.

Para promover el eje de prevención del consumo en personas menores de edad, en el 2001 se promulgó la Ley N° 8093: Creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas, que dio respuesta a la recomendación que se hizo desde el Plan Nacional de Salud donde se responsabilizó al Estado de educar sobre tema a la población menor de edad, desde el nivel preescolar hasta la secundaria en el ámbito público y en el ámbito privado, cayendo el compromiso de implementación en el MEP.

Este programa es parte de las tareas del objetivo de promoción de capacidades humanas, su estrategia es educar al cuerpo docente, a la familia y a la comunidad para que estos tengan la capacidad de orientar a las personas menores de edad en prevención y reducción del consumo.

Estos aspectos son retomados y extendidos a la población adulta joven, en la Ley N° 8261: Ley General de la Persona Joven (2002), en la que se establece que es obligación del Estado en materia de salud ofrecer programas de prevención, tratamiento y de rehabilitación ante el consumo problemático en este grupo etario. En materia de educación, se debe instruir en temas de prevención, tratamiento y rehabilitación, esto como parte de la creación de oportunidades para que se tenga un desarrollo integral, y además que haya un ejercicio pleno de sus derechos.

En la parte punitiva, se tiene la Ley N° 8204: Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de

Capitales y Financiamiento al Terrorismo, esta es la normativa que reemplaza las legislaciones que nacieron de la Convención Única señaladas anteriormente, y que además incorpora lo establecido en la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Esta ley tiene la particularidad que ha sido modificada cinco veces, la primera ley fue la N° 7093 promulgada el mismo año que la convención, posteriormente se han realizado reformas en los años 1991, 1998, 2002 y finalizando en el 2012.

En esta se regula el cultivo, almacenamiento, producción, importación/exportación, venta, comercio de drogas, así como su uso terapéutico y medicinal, también se da un énfasis en la planificación para regular la legitimación de capitales, la producción de las drogas y de las sustancias que permiten a su vez esta producción. Para esto, se basan en las listas de psicoactivos estipuladas en las diferentes convenciones y demanda la creación de un ente especializado, dando como resultado el surgimiento del ICD.

En lo que respecta al tratamiento, el Estado es el principal responsable de controlar el uso indebido de drogas, por lo tanto debe procurar la identificación temprana, la prevención, la atención y la rehabilitación de las personas consumidoras. Esta ley coloca que el tratamiento puede ser ambulatorio o residencial, que debe ser voluntario y gratuito y debe seguir el objetivo de eliminar la adicción, colocando a cargo al MINSA, CCSS e IAFA de los tratamientos, y a su vez autorizando a la CCSS para crear centros especializados de atención con ese fin.

Producto de esto, a partir del año 2016 desde la CCSS se inició el proyecto de crear Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental (EISAM), integrados por profesionales en Enfermería, especialista en redes, Medicina, Psicología y Trabajo Social (CCSS, 2017); el objetivo que tienen estos equipos es brindar una atención integral especializada ante los trastornos mentales, de comportamiento y las adicciones, en la modalidad individual, familiar y grupal.

De la ley previamente señalada, se deriva el Decreto Ejecutivo N° 33245: Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas (2006), el cual no se encuentra vigente y es reemplazado por el Decreto N° 37111: Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas (2012) en el cual se delega la responsabilidad de vigilancia de estas sustancias a una Junta integrada por el Director General de Salud, un profesional del Colegio de Farmacéuticos y un profesional del Colegio de Médicos y Cirujanos; siendo quienes se especializan en Medicina, Odontología y Veterinaria las únicas personas profesionales que pueden recetar estas sustancias, reforzando la legitimidad del uso médico.

Aunado a ello, pauta las medidas que se deben tomar para garantizar que la producción, compra y uso de estas sustancias sea para fines terapéuticos y bajo las condiciones que coloca la ley, con el fin de cerrar el portillo al tráfico ilícito.

En suma a esto, en el año 2008, se emite el Decreto Ejecutivo N° 34784: Declaratoria del Consumo de Drogas que Producen Dependencia como Problema de Salud Pública y de Interés Público y Nacional, el cual declara que el consumo de sustancias psicoactivas que generan adicción es un tema de salud pública por lo cual la investigación, la prevención y la atención paso a ser de interés público, dando respaldo a la intervención estatal y a la priorización en la agenda gubernamental.

Por otro lado, como se destacó en la Ley General de Salud N° 5395 al MINSA le corresponde la aprobación de los espacios físicos en los que se va a dar atención a la población consumidora de droga en la modalidad de desintoxicación, es por esto que para el 2005 se publica el Decreto Ejecutivo N° 32997: Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos de Atención a Personas Consumidoras de Alcohol y otras Drogas, Mayores de Dieciocho Años Programa: Desintoxicación, este estipula los requisitos que se deben cumplir para tener el aval de funcionamiento, dividiéndose en el recurso humano, la planta física y los recursos materiales.

Sobre el recurso humano, se demanda que haya una persona administradora del lugar, profesionales en Medicina y Enfermería que se encarguen del proceso de desintoxicación, profesionales en Nutrición si se brinda alimentación, y profesionales en Psicología y Trabajo Social para la atención terapéutica. Sobre la planta física, se demanda que sea adecuada para la atención de personas y para el resguardo de documentos. Por último, sobre el recurso material se exige que haya equipo que permita cumplir con las funciones estipuladas.

La aprobación de los programas de intervención de los centros de especializados en la atención a adultos se encuentra a cargo del IAFA, mediante el Decreto Ejecutivo N° 35383: Oficialización de la Norma para la Aprobación del Funcionamiento Técnico de los Programas Especializados en Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas (2009), el cual tipifica el tipo de programa según sus características, objetivos, tiempo, necesidades que cubre.

Su objetivo es establecer las directrices que se deben considerar para la etapa de inserción de la persona para iniciar el tratamiento, la etapa de egreso y seguimiento al culminar este, con el fin de que se resguarden sus derechos y se contribuya a su bienestar. Esta norma adjunta los instrumentos necesarios para dar la evaluación correspondiente en cada uno de estos puntos y con ello habilitar o no el programa.

En relación con las drogas de uso legal, existe normativa que estipula los impuestos que van a tener y su asignación, parte de estas son destinadas a que financien los programas de tratamiento y rehabilitación para las personas usuarias de alcohol u otras drogas, y los programas de cesación de fumado. Otro porcentaje de asignación debe ser utilizado para la creación de programas de educación y prevención del consumo de drogas, teniendo la Ley N° 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 (1999).

También se tiene normativa como la Ley N° 9047: Ley de Regulación y Comercialización de Bebidas con Contenido Alcohólico (2012) la cual establece los requisitos que se deben cumplir para tener la licencia que permite comercializar este tipo de bebidas. Esta ley establece que para el uso de bebidas alcohólicas la edad mínima aceptada es de dieciocho años, por lo cual para su compra se debe solicitar la cédula de identificación, quien lo incumpla tendrá una sanción judicial. Se prohíbe también cualquier modificación que se haga al licor, la producción clandestina, la venta sin licencia y la comercialización de contrabando.

Sobre esta línea se ubica la Ley N° 9028: Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud (2012) esta es producto de las directrices internacionales que el país se comprometió a cumplir, en particular esta responde al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y su intención es disminuir el consumo de artículos derivados del tabaco, así como la exposición al humo.

Esta primera intención busca lograrse mediante la oportunidad de acceder a programas de tratamiento para la adicción, llamadas clínicas de cesación sean de orden público o privado. Además, considera que a través de la educación se puede sensibilizar sobre los efectos que tiene para la salud el vínculo con esta sustancia, por lo cual el etiquetado de los productos debe tener información veraz al respecto.

Ante la adquisición de estos se tomó como medida prohibir su venta individual, así como también imponer impuesto por cigarrillo. Parte del dinero recaudado se destina a la CCSS para la atención del tabaquismo y de las enfermedades asociadas con este y al IAFA para la inversión en programas que estén orientados a los fines de la ley.

En cuanto a la intención de disminuir la exposición al humo del tabaco, la ley establece un listado de lugares donde existe la prohibición de fumar, con el fin de asegurar espacios libres de humo de tabaco y de incumplirlo hay una sanción penal.

De esta ley, nace el Decreto Ejecutivo N° 37185: Reglamento de la Ley General de Control de Tabaco y Efectos Nocivos en la Salud (2012), su aporte radica en que facilita una guía sobre los lineamientos que son necesarios para dar la aprobación a los programas de tratamiento a personas con dependencia al tabaco. En ella se aborda detalladamente cómo debe ser la propuesta metodológica, los permisos que se deben tener, los documentos que se deben facilitar a la entidad reguladora (IAFA). Además de ello, brinda un instrumento de evaluación que permite concluir si el programa atiende las directrices de la ley y del reglamento.

Por último, el Decreto Ejecutivo N° 37778: Reglamento de Etiquetado de los Productos de Tabaco y sus Derivados (2013), el cual tiene relación con las acciones establecidas en el Convenio Marco para la Control de Tabaco y en la Ley General de Tabaco.

Su objetivo es que el etiquetado de los productos derivados del tabaco contenga información clara sobre el impacto que tiene en la salud, además de una advertencia sanitaria de su uso y con esto disminuir el consumo de estos.

1.4. Planteamientos estatales en materia de tratamiento

Para hacer posible la concreción de lo establecido en el marco normativo, existen instrumentos que son indispensables para guiar el accionar estatal, en este caso alrededor de la temática de consumo de sustancias psicoactivas. Por esto, a continuación se van a exponer las políticas y planes que tienen vinculación con el objeto de esta investigación.

1.4.1. Planes Nacionales de Desarrollo.

1.4.1.1. Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014: María Teresa Obregón.

El Plan Nacional María Teresa Obregón de la administración de Laura Chinchilla Miranda, coloca la temática de sustancias psicoactivas en el eje de seguridad ciudadana y paz social. Por ende, la intervención propuesta es para la producción, comercialización, venta ilícita y actividades conexas, las cuales tienen la característica de ser delictivas al violar lo estipulado en la Ley N° 8204 Ley de Psicotrópicos, y de generar debido a su funcionamiento al margen, escenarios de violencia, por ejemplo homicidios dolosos. Por lo tanto, el narcotráfico como una manifestación del crimen organizado, es catalogado como una amenaza para la sociedad costarricense.

Por esto se establece como una meta para el periodo un país seguro y la estrategia que propone el Gobierno es fortalecer la educación y los recursos con los que cuenta el cuerpo policial, con el fin de que haya una mejor respuesta ante el delito y fortalecer el sistema penitenciario. En suma, se propone la creación de una Policía Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social.

De la totalidad de ejes, el de seguridad ciudadana y paz social, es el segundo con mayor presupuesto al contar con una inversión de treinta y nueve millones de colones, el encargado principal de velar por el cumplimiento de este eje es el Poder Judicial.

En cuanto al tema de prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, ambos quedan en un segundo plano. Aun cuando se afirma que se debe continuar con los programas preventivos y ampliar su cobertura en un 10%, puesto que la población infanto juvenil sigue siendo la meta, no hay mayor detalle de los programas ni su inversión, solo se señala que la tendencia de habilidades para vivir es la que se continua, responsabilizando al MEP y al IAFA del cumplimiento.

1.4.1.2. Plan Nacional de Desarrollo 2015- 2018: Alberto Cañas Escalante.

En este plan el tema de drogas es retomado directamente en el eje de salud, nutrición y deporte, subrayando la premisa que el consumo de tales sustancias tiene impacto en la salud colectiva por lo que propone que se debe dar una atención integral considerando la promoción de estilos de vida saludables, la prevención, la atención y la reinserción.

Este plan estipula un programa dirigido al tema del consumo problemático de las drogas, que además retoma trastornos mentales y del comportamiento. En este se señala que deben desarrollarse acciones de prevención y atención temprana para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas por parte de la CCSS.

Además, se coloca como meta la presencia de equipos interdisciplinarios en los centros de salud, con el fin de brindar una atención ambulatoria a las personas consumidoras de drogas; así como una delegación de camas en el área de Psiquiatría para esta población en particular.

En relación con el presupuesto, se acuerda incrementar la partida para IAFA, con el fin de aumentar su cobertura; también, destina alrededor de cuarenta y cinco millones de colones de inversión a la prevención, dinero que va a financiar el funcionamiento del programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo dirigido a el primer ciclo de la primaria de la educación pública.

Indirectamente en el eje de seguridad comunitaria se aborda también el tema de drogas, desde la misma tendencia que lo colocó el Gobierno anterior, entendiendo el narcotráfico como una de las manifestaciones del crimen organizado que atenta contra la paz. Por ende, las medidas son profesionalizar a la policía, fortalecer el sistema penitenciario, incrementar el porcentaje de investigaciones exitosas en narcotráfico y prevenir las manifestaciones de violencia relacionadas con esto y las actividades conexas.

De lo señalado, se deduce que el tema de tratamiento durante el periodo 2011-2014 quedó rezagado, ya que la prioridad de inversión fue hacia la militarización del cuerpo

policial para atender la manifestación del tráfico ilícito, como un compromiso que el país adquirió con la ONU de ser un aliado en su combate.

Para el periodo 2015-2018 aunque se continúa la línea de fortalecer el cuerpo policial, si se retoma la tendencia de colocar el consumo de sustancias psicoactivas como un tema de salud pública, visualizando la importancia de atender no solo el consumo, sino también las enfermedades mentales que se le asocian, empero la mayor partida fue dirigida a los programas de prevención a las personas menores de edad.

1.4.2. Directrices en salud.

1.4.2.1. Plan Nacional de Salud 2010-2021.

Este plan coloca la salud como un valor colectivo, por lo que su objetivo es resguardar el proceso de salud de la población costarricense. La estrategia para alcanzar esto es mediante la participación ciudadana en el cuidado de la salud individual y colectiva, por ello un eje estratégico es promover las capacidades humanas, con la colaboración de diversos actores sociales, de una manera planificada y que promueva la equidad.

En materia de drogas, la mención que hace es de promover el no consumo a través de las habilidades humanas, y a su vez que estas sean promovidas a través de la educación en materia de drogas desde el Sistema Educativo Nacional.

1.4.2.2. Política Nacional de Salud 2015-2018.

El concepto de salud en este documento es considerado como un continuo entre salud-enfermedad, rompiendo con el paradigma biologista, en el cual estos estadios eran vistos como contrarios; la visión de continuo retoma la esfera macroestructural en la cual se desenvuelve el sujeto, considerando entonces las determinantes que impactan en la salud.

Producto de esto, la estrategia principal que fomenta es la cooperación entre actores sociales en tres esferas: la nutrición, la salud y la actividad física. También, señala la importancia de educar en temas de salud, promover estilos de vida saludables y brindar servicios de calidad.

En el apartado que hace alusión a las drogas se menciona que la intervención debe ser integral, considerando las determinantes de la salud y los factores protectores y de riesgo. Aunado a que para dar los resultados esperados, el trabajo de prevención debe ser interinstitucional e intersectorial, teniendo como una de las principales acciones, el trabajo de base o trabajo comunal.

1.4.2.3. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.

Esta política conceptualiza la salud mental no solo como un estado de bienestar biológico, sino que retoma el bienestar social, ambiental y familiar, considerándolo un producto social.

Para su atención propone construir un modelo de salud mental a nivel nacional que guíe la intervención desde la promoción, superando el enfoque anterior que se basa en la rehabilitación de la enfermedad, generalmente a través de la hospitalización. Para hacer esto posible propone la participación interinstitucional e intersectorial.

Alrededor del consumo de drogas, se afirma que la atención debe ser integral y retomar la promoción de la salud mental, por lo que la estrategia debe ser fomentar el estilo de vida saludable y fortalecer los factores y determinantes de protección que tienen las personas, ubicando el escenario comunal como clave para la prevención y promoción.

Para alcanzar esto, la política propone la creación de una Red Nacional de Promoción y Atención Integral en Salud Mental centrada en la comunidad, misma que sería responsabilidad principalmente de las ONG. La política más allá de trabajar por la ausencia de algún trastorno, se orienta a construir un estado de bienestar a través de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, tanto para las personas con trastornos de comportamiento como para las personas con trastornos de dependencia a las drogas.

Desde las directrices en salud, existe una vinculación entre el consumo de drogas y la salud mental, importante para considerar los objetivos de la intervención, ya que se

promueve una promoción o en su defecto una atención temprana como un factor protector para evitar o reducir el consumo problemático.

Asimismo, la estrategia que predomina son las premisas del enfoque de habilidades para vivir, siendo esta medida una concordancia con los planes de desarrollo, impresiona que el objetivo de esto es dotar de herramientas a las personas para que se puedan genera escenarios que permitan vivir una vida más sana.

1.4.3. Directrices en la temática de drogas.

Los planes sobre drogas son una de las responsabilidades otorgadas al ICD en su creación mediante la Ley N° 8402, este se establece como el encargado de coordinar, diseñar e implementar las políticas, los planes y las estrategias para la prevención del consumo, la atención y la rehabilitación de la población usuaria de drogas. Debido a que la ley es puesta en vigencia a partir del 2002, el primer plan nacional es publicado en el 2005.

1.4.3.1. Plan Nacional sobre Drogas 2005-2007.

En este existe un interés por concretar en acciones las responsabilidades adquiridas con organismos internacionales. Uno de ellos es el de ser un aliado para disminuir la demanda y vigilar la oferta, principalmente por la declaratoria de “guerra contra las drogas” que hace Estados Unidos, la cual involucra a toda América.

En esta línea, coloca como eje estratégico fortalecer la acción estatal para la prevención del consumo, el control de la oferta y las actividades conexas, para esto propone el programa de Sensibilización Ciudadana para la Prevención del Delito del cual se derivan los proyectos de Atención a Denuncia Ciudadana y el de Prevención del Delito en Instituciones de Educación Diversificada.

En cuanto a la demanda, el plan coloca la importancia de seguir trabajando la prevención en las escuelas ante el consumo de alcohol y tabaco, ya que son las sustancias de inicio, estrategia que se ha utilizado anteriormente.

En este plan se estipula la creación y seguimiento de varios programas de prevención, a saber: a) el programa Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Sector Educativo Formal del cual se derivan los proyectos de Habilidades para la Vida desde la Educación Preescolar, Aprendo a Valerme por Mi Mismo, Guía Didáctica para la Prevención del Fenómeno Droga en la Escuela Primaria, DARE, Trazando el Camino en Colegios y Si es con Alcohol no es Conmigo.

b) El programa Prevención del Consumo de Drogas en el Sistema Educativo Informal donde se ubican los proyectos de Habilidades para la Vida desde los CEN-CINAI, Diagnóstico Interinstitucional del Sector Informal y El Fenómeno de las Drogas desde el Ámbito Preventivo con Perspectiva Policial.

Y c) Prevención del Consumo de Drogas en la Comunidad, saliendo de él los proyectos de Agentes Multiplicadores en la Prevención del Consumo de Drogas, Centros de Estudio para la Prevención, Trazando el Camino en Comunidades y Proyección a la Comunidad desde el Sector Educativo Formal.

Sobre el tratamiento, el plan afirma que aunque en la Ley N° 8204 se delega la atención a la CCSS, quienes han ofrecido el servicio de tratamiento en la modalidad residencial han sido las ONG, situación que se mantiene a la fecha. Por lo cual desde el plan, se plantea la necesidad de capacitar al personal, y además fortalecer el financiamiento hacia estas, para aportar en que la atención en este nivel se amplíe a nivel nacional, proponiendo el programa de Sistema Nacional de Atención a Personas Consumidoras de Drogas, del cual surgen los proyectos de Red de Servicios de Tratamiento y Rehabilitación en Drogas, Servicios de Atención en Organizaciones no Gubernamentales y Reinserción Social.

1.4.3.2. Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012.

Este plan parte de la premisa de que el fenómeno de las drogas debe abordarse de manera integral, por lo que retoma todas las etapas que lo envuelven, que son la prevención y atención al consumo y la represión al tráfico y a la generación de capitales.

Alrededor de la prevención y la represión del tráfico ilícito, se sigue la misma tendencia de fortalecer el conocimiento e intervención de las entidades competentes, buscando siempre un trabajo intersectorial que procure una respuesta óptima. Empero, se promueve mayor represión y control para que la normativa vigente sea cumplida, un ejemplo de esto es la extensión del escenario de prohibición que lleva hasta los centros de educación, principalmente colegios, con un proyecto llamado Cero Tolerancia al Tráfico Ilícito de Drogas en Colegios.

Sobre el tema de prevención, la población meta es la infanto juvenil, para esto se propuso el programa Prevención Universal para Población Infanto Juvenil del cual se da continuidad a los proyectos de Aprendo a Valerme por Mí Mismo y DARE. Además, surgen los programas Trazando el Camino para Tercer Ciclo de Educación Especial, Prevención de Drogas en el Ambiente Escolar y Camino Seguro a la Salud.

Se suma el programa de Prevención Indicada para la Población Infanto Juvenil en Uso y Abuso de Drogas, del cual se desprende el proyecto de Drogas en la Escuela y en el Colegio ¿Qué Hacemos? El programa de Agentes Multiplicadores para la Prevención Infanto Juvenil en los Sectores Salud y Trabajo en el que se ubica el proyecto Forjando una Cultura Preventiva. En esta misma línea, se tiene finalmente el programa Grupos Comunales Fomentando Acciones Preventivas, con el proyecto Conociendo y Actuando en Nuestras Comunidades, dando seguimiento a la estrategia que coloca el plan anterior de trabajar desde las bases comunales la prevención y promoción.

Ahora, en relación con el tratamiento se propone un programa de atención diferenciado por la edad, y por sexo. Teniendo el programa de Atención Dirigida a Personas Menores de Edad del cual surgen los proyectos Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad en Alta Situación de Vulnerabilidad Social, Nuevos Horizontes y Atención a Población Penal Juvenil, una propuesta que empieza a focalizarse en aquellas personas menores de edad en condición de vulnerabilidad al consumo.

Del programa de Atención Dirigida a Población Adulta, se desprenden los proyectos de Atención a Personas Adultas Privadas de Libertad, Centro de Atención Integral de Drogas, Atención a Población Femenina y Formación para el Tratamiento de las Adicciones. Este programa genera aportes valiosos en materia de atención, en primer lugar coloca la necesidad de dar una atención diferenciada según el sexo. Además, propone la creación de Centros de Atención Integral de Drogas para ampliar la cobertura de atención. Y por último, suscita a capacitar al grupo de profesionales que dan este servicio en patología dual y consejería, esto en vinculación con lo que posteriormente va a plantear como una prioridad la Política de Salud Mental 2012-2021.

1.4.3.3. Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017.

Este plan tiene un énfasis en trabajar en contra de la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo, ya que es esta manifestación la que se considera un problema en el tema de drogas. Para lo cual propone que se fortalezca la prevención, el control y la represión de estas actividades, mediante instrumentos jurídicos y técnicos que lo permitan.

Sobre el tratamiento, el plan demanda el Fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento, para lo cual plantea que se debe dar una certificación del recurso humano en tratamiento de adicciones, capacitar y formar consejeros en adicciones, promocionar la salud mental, y por último fortalecer los centros de atención integral del tratamiento de adicciones. También desde el eje de tratamiento, se señala como un programa el tratamiento en drogas bajo supervisión judicial.

Para el eje de prevención, se retoma la política de Prevención a la Población Adulta, esto a través de dos programas: El de Prevención en Población universitaria y el de Agentes de Cambio para Familias de Personas Consumidoras. De manera más universal, propone el programa Convivir y el Programa Prevención del Consumo: Habilidades para Vivir.

Haciendo un análisis de los planes y sus acciones, se identifica que los planes de 2005-2007 y 2008-2012 depositan en las drogas la característica de amenaza, de hecho este

último lo iguala como un estado de esclavitud moderno. Sin embargo, para el plan 2013-2017 el argumento cambia, y el problema se enfatiza en el capital que genera el tráfico ilícito, haciendo una distinción con el consumo, puesto que lo visualiza como un problema de salud y no como una actividad delictiva, destacando los principios del enfoque médico sanitario y el enfoque geopolítico estructural.

El primer plan postula como objetivos la prevención del consumo y del tráfico, pero esta intención se intensifica en los siguientes planes, en los cuales se comparte el objetivo de incrementar la eficacia, lo cual se vuelca en estrategias ya no de prevención, sino que de control y de represión, y en aumentar la cobertura y la calidad de atención, por lo que insinúa que los objetivos de reducir la oferta y la demanda no se cumplieron según lo pactado.

En relación con los programas y proyectos, el plan 2005-2007 y el plan 2008-2012 tienen un continuum en cuanto a la prevención en la población menor de edad. Sin embargo, hay una limitante con esta propuesta y, es que los programas solo se ubican en la educación formal pública, dejando un porcentaje amplio de personas menores de edad al descubierto, debido a que no toma en cuenta la exclusión en el sistema escolar y las estrategias propuestas para alcanzar el sistema de educación informal se centra únicamente en CEN-CINAI.

El plan 2013-2017, cambia el enfoque, y extiende la prevención de consumo a la población universitaria, reconociendo su situación de riesgo, empero desatiende la tendencia que arrastraban los planes anteriores para esta población.

Los objetivos de estos programas, son retardar la edad de inicio de consumo, sin embargo, se podrían considerar fines alternativos, por ejemplo que la educación y la información propicie un uso responsable que tenga el impacto mínimo en la salud pública, con esto se estaría cumpliendo la meta de reducir el consumo perjudicial, uso que es el de mayor demanda de atención.

Respecto al tratamiento, se identifican aportes que han permitido brindar una opción de calidad, por ejemplo el plan 2005-2007, propone el Sistema Nacional de Atención a Personas Consumidoras de Drogas, el cual solicita la participación intersectorial e interinstitucional en la atención, sumando los esfuerzos privados, como el caso de las ONG para que sea posible la oportunidad de tratamiento para la población consumidora de sustancias psicoactivas.

El plan 2008-2012, por su parte, subraya el valor de brindar opciones de tratamiento con un enfoque de género, reconociendo las diferentes necesidades entre estos, hecho que no se había considerado anteriormente. Además que impulsa la creación de más centros de atención, como lo es Nuevos Horizontes y los CAID, impactando la cobertura.

Por último, hay que señalar que el plan 2013-2017 no detalla la continuidad de los proyectos creados en los planes anteriores para la prevención del consumo, solo sostiene un programa de Habilidades para vivir, tendencia que ha sido retomada en las directrices de salud y en las de tratamiento ante el consumo de drogas. En cuanto a los de atención, se propone fortalecer el Sistema Nacional de Tratamiento, considerando el fortalecimiento de los CAID y la formación de los profesionales.

Esto implica que cada Gobierno establece su prioridad y su estrategia, lo que a su vez repercute en el grado de cumplimiento de los objetivos de largo plazo, como lo es la reducción del consumo problemático, la promoción de un estado de bienestar para la población consumidora de sustancias psicoactivas, una atención de calidad, entre otros.

1.4.4. Directrices en tratamiento.

1.4.4.1. Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados de Alcohol, Tabaco y otras Drogas 2012-2022.

Esta política retoma como premisa el derecho a la salud y considera el consumo de drogas como una enfermedad, por lo que responsabiliza al Estado de asegurar una atención de calidad y oportuna hacia la población usuaria de estas sustancias.

En estas se reconocen debilidades tales como la cobertura en programas de tratamiento y rehabilitación, especialmente en poblaciones como mujeres y personas menores de edad. La fragmentación entre los servicios de salud y los de salud mental, la atención de corta duración dirigida al uso de medicamentos, el poco porcentaje de personas que concluyen el tratamiento.

Por lo que plantea como objetivos mejorar la condición de salud de las personas usuarias de drogas, reorientando la atención desde un enfoque de prevención y promoción desde los recursos comunales; colocando como una tarea disminuir los daños y los riesgos que produce el consumo de drogas.

Además, recomienda que la atención debe considerar la diferenciación de necesidades que hay entre sexos y entre edades, y reconoce la importancia de dar una atención integral, es decir que no únicamente vaya direccionada a reducir o eliminar el consumo de drogas, sino que atienda los factores que son detonadores y aquellas consecuencias que se hayan generado, por ejemplo enfermedades de orden mental.

Esta política busca aumentar la disponibilidad y la calidad de la cobertura de los programas de tratamiento, tanto de corte público como privado, esto mediante el fortalecimiento y desarrollo de un Sistema Nacional de Tratamiento. Para ello, debe haber un aumento consecuentemente en el número de organizaciones y en los programas

aprobados por el MINSA y por IAFA, y se deben sostenerse aquellas que ya realizan este trabajo.

Por último, busca que producto de lo anterior haya un aumento en las personas que reciben tratamiento, en las que disminuyan su exposición al riesgo ante el consumo y en las personas que se reincorporan socialmente.

1.4.4.2. Modelo de Reducción de Daños para el Abordaje del Fenómeno de Drogas en Costa Rica.

Este modelo es resultado de la estrategia de reducir los daños que genera el consumo de sustancias psicoactivas que se planteó desde la Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Alcohol, Tabaco y otras Drogas (2012) por lo que de la Red Nacional de Reducción de Daños (2015) surge este modelo de atención.

En sintonía con los resultados que se han generado con el tema de prohibicionismo a nivel mundial, se cree que es conveniente darle una oportunidad a un modelo de abordaje distinto. Este modelo ha sido promovido desde la ONU debido a que se reconoce que existen personas consumidoras que la meta de abstinencia no es real.

El modelo parte de la premisa que los problemas que generan las drogas no son únicamente dados por los efectos de las sustancias, sino que también por la pureza de la sustancia, por el patrón de consumo y por la vía de administración, por lo que su objetivo es atender mediante diversas estrategias los riesgos que estos factores generan para el bienestar de las personas consumidoras, haciendo un énfasis especial para las personas con alta vulnerabilidad como aquellas que están en situación de calle, que tienen infecciones de transmisión sexual (ITS), personas de la comunidad LGTBIQ (Lesbianas, Gais, Transgéneros, Transexuales, Bisexuales, Intersexo, Queer), personas privadas de libertad, entre otras-, superando la concentración de las acciones en las personas menores de edad.

Dentro de estas estrategias se tiene: Los Centros de Escucha que buscan orientar y acompañar, La Carpa para atender necesidades básicas como alimento y orientar para un proceso de tratamiento, Centro de Convivencia para guiar en un proyecto de vida e informar sobre los recursos que se puede utilizar, Centro Dormitorio que brinde servicios de asistencia social y un Albergue para atender necesidades básicas de prevención y promoción a la rehabilitación (IAFA, 2017e).

Las directrices en tratamiento, históricamente comparten adscribirse al enfoque médico sanitario, en el que el consumo es visto como enfermedad, por lo tanto parte del modelo biologista es que las enfermedades se atienden con medicación y hospitalización. No obstante, con el modelo de reducción del daño se hace una ruptura, puesto que se acepta que la medicación y hospitalización no es la única alternativa para atender el consumo de sustancias psicoactivas, proponiendo alternativas comunales de educación y escucha.

1.5. Síntesis: naturaleza y transformaciones de la política pública en materia de tratamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica

Una vez reconstruido el nivel de formulación de la política pública en el tema de drogas, resulta fundamental distinguir la manera en que esta se ha caracterizado, así como los principales cambios que ha tenido, por ende se retomarán algunos aspectos claves de lo explicado anteriormente, ya que aportan a la comprensión del análisis.

Como punto inicial, se pudo observar que el consumo de drogas ha estado presente a lo largo de la historia, inicialmente con la utilización de plantas con componentes psicoactivos. Sin embargo, es a finales del siglo XIX que se evidenció el consumo problemático, esto vinculado con las guerras del opio y con el descubrimiento de los principios activos puros de diferentes plantas, promoviéndose la experimentación, y dándose así un uso descontrolado. Debido a las consecuencias que esto produjo, emergieron voces en contra del uso desregularizado de estas sustancias, además hubo un

interés de imponer un monopolio por parte del sector médico y farmacéutico dando paso a una legislación restrictiva.

Costa Rica no estuvo exenta de lo anterior, dado que hay registro de la práctica del curanderismo desde los tiempos de la colonia, así como experiencias del uso libre de sustancias como lo fue el expendio de medicamentos en pulperías, y la utilización de la heroína (opioide) como tratamiento para el cólera.

Por otra parte, durante el periodo colonial y en sus primeras décadas de formación como Estado, la base de la economía del país se sostenía de la producción y venta de aguardiente y tabaco. Este hecho colaboró en el desarrollo de una “cultura del guaro”, que en ocasiones incluso era facilitado por instancias públicas, sin embargo cuando su uso llegaba a la intoxicación era visto de forma negativa, creándose etiquetas hacia estas personas, un ejemplo de ello es el término “chicheros”.

Debido a esto, se demandan las primeras acciones, estas fueron impulsadas por el Estado y parte de la sociedad civil. La creación de la FANAL en 1850 fue la labor inicial desde el sector público; no obstante en lo que se refiere a la atención de las personas que presentaban un consumo problemático fue parte de la misma ciudadanía que se hizo cargo, específicamente desde los sectores filantrópicos y élites de la sociedad, por medio del “Asilo Chapú” (1890) y el Hospital San Juan de Dios (1864).

Tomando en consideración el contexto social y económico de la época, así como el conocimiento que se tenía alrededor del tema, la atención que se brindaba era básica, teniendo como principio controlar el episodio de intoxicación; es decir, no se brindaba un tratamiento estructurado que abordara aspectos más profundos. Al mismo tiempo se desarrollaron otro tipo de acciones; las del Estado vinculadas con regulaciones en cuanto a la venta de alcohol y el aspecto educativo, mientras que la sociedad civil realizando alianzas internacionales para mejorar infraestructura y obtener mayor capacitación en la atención.

Con el ingreso del desarrollismo, la intervención hacia el consumo problemático de sustancias psicoactivas se fortaleció; ambos sectores seguían estando presente, pero el Estado toma un papel más dinámico, iniciando la consolidación de un modelo de atención, el cual iba dirigido hacia el alcohol.

Se retomaron los esfuerzos desde la sociedad civil para crear mediante decreto la Comisión sobre Alcoholismo, dando apertura al primer centro de atención, realizando a su vez acciones de investigación, información, educación y prevención. Hubo incorporación de profesionales en la atención, se realizaron coordinaciones desde las comunidades, entre otros. Posteriormente, con la transformación de la CSA al INSA se otorga oficialmente recursos financieros, y además, se establece el alcoholismo como una enfermedad, lo cual se encuentra vinculado con el pronunciamiento que tiene la OMS alrededor del tema, cabe destacar que la finalidad de tales estrategias era detener el consumo, lo cual no sólo es característico del enfoque médico-sanitario, sino de una política prohibicionista.

Fuera de los límites costarricenses las medidas represivas continuaron, lo cual se intensificó con la firma de la Convención Única de Estupefacientes en 1961 y con la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas en 1971, a las cuales el país se adscribió, desarrollando material normativo en esa misma perspectiva.

En la década de los ochenta, se presentó un cambio en el perfil de consumo, una expansión de las drogas sintéticas y una preocupación a nivel internacional por el tráfico ilícito, lo cual se ratifica en 1988 con la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas; lo anterior tuvo injerencia en Costa Rica. Por un lado, en 1986 el INSA para a ser IAFA, adaptándose a los nuevos patrones de consumo y ampliando la atención a otro tipo de sustancias; y por otro, se establecieron legislaciones para controlar el tráfico ilícito y la legitimación de capitales, incluso creando un ente especializado como el ICD.

Lo expuesto hasta ahora, permite evidenciar que los discursos expuestos por Del Olmo (1998) son reproducidos en el país, inicialmente las sustancias y las personas consumidoras fueron representadas de manera negativa. Sin embargo, como intento no sólo de disminuir esos estereotipos, sino de brindar un tratamiento, se reprodujo la perspectiva médico-sanitaria, visualizando la dependencia como una enfermedad, y finalmente, con el énfasis que se tuvo con el tráfico ilícito, el modelo geopolítico-estructural; estas interpretaciones a la fecha coexisten entre sí, y posibilitan ver el manejo que se le ha dado a la cuestión.

Continuando con la década de los ochenta, esta es caracterizada por la instauración del neoliberalismo, teniendo como estrategia reducir el papel estatal, por lo que se van cerrando paulatinamente servicios sociales que se gestaron en el periodo benefactor en la materia, y además se da un crecimiento de las ONG, situación que se reproduce en el tema del consumo de drogas, lo que provocó una serie de desajustes para el IAFA, especialmente porque las ONG no estaban bajo el amparo del Estado, pero tampoco se tenía una manera de regularlas.

Dado esto, el IAFA sufrió una reestructuración, pasando a ser ente rector y se le ordenó estar a cargo de la aprobación y evaluación de programas de prevención y tratamiento, dando respuesta a lo anterior, llevando a cabo la creación de directrices para cualquier entidad que tenga por interés atender a personas con problemas de consumo. Actualmente, la política pública en materia de tratamiento se caracteriza por un trabajo en conjunto entre el Estado y la sociedad civil, como parte del primero sobresale el IAFA y la CCSS y, el segundo se da a través de las ONG.

Debido a que existen limitantes estatales producto de la reforma económica, los recursos materiales y humanos impiden que sean estas instituciones quienes asuman en su totalidad el proceso de tratamiento, por lo que el IAFA y la CCSS asumen la etapa inicial del tratamiento de rehabilitación que consiste principalmente en el acompañamiento en la desintoxicación o un seguimiento de tipo ambulatorio; la siguiente etapa que corresponde a un tratamiento con mayor duración y bajo internamiento se deposita en las ONG; para

impulsar la relación entre estos sectores y tener una orientación más clara en cuanto al trabajo a desarrollar en la materia, se creó el Sistema Nacional de Tratamiento, el cual insta al trabajo interinstitucional e intersectorial.

En relación con el marco jurídico, se distingue que hay una sintonía con los compromisos adquiridos a nivel internacional, presentando una política prohibicionista ante el uso recreacional, y de regulación ante el empleo terapéutico o científico de ciertas sustancias. Los planes y las políticas desarrolladas se han dirigido desde dos esferas: una desde la parte de salud, haciendo responsable al Estado de garantizar la mejora de condiciones de vida de las personas que presentan dependencia a sustancias psicoactivas, teniendo que llevar a cabo ciertas transformaciones, explicadas anteriormente.

La otra manera en que se ha intervenido es desde el tema de seguridad, enfocándose en la sanción a la producción y tráfico de drogas, y con ello se ha fortalecido el sistema penitenciario y policial.

Un aspecto que se insiste desde ambas posiciones es la prevención y educación, temas que han sido una preocupación permanente desde los inicios, la cual está dirigida mayormente a la población menor de edad y en su mayoría con una perspectiva de no consumo, de la misma forma que se ha dirigido el tratamiento. En este último, actualmente, se insiste en el uso de enfoque de habilidades para la vida y la consejería en adicciones.

Sin embargo, se empieza a percibir ligeros cambios hacia una política de reducción de daño con el interés de brindar atención particular a aquellos factores que aumentan el riesgo en las personas consumidoras, centrándose específicamente en poblaciones vulnerables como las que se encuentran en situación de calle, con ITS, comunidad LGTBIQ, privadas de libertad, entre otras, lo cual va en línea al contexto internacional y el desgaste que ha tenido “la guerra contra las drogas”.

Capítulo II: Organizaciones no gubernamentales como ejecutoras de la política pública

"buena parte de los más vulnerables, dependen del trabajo de este tipo de organizaciones para acceder a la satisfacción de necesidades básicas"

Juan Carlos Navarro (1998)

2.1. Inicios de las ONG en Latinoamérica y Costa Rica

En cuanto al inicio de las ONG en Costa Rica, Reuben (citado en Briceño, 1996) señala como antecedente a la Junta de Caridad, precedente de la actual Junta de Protección Social (JPS). La Junta de Caridad como se ahondó en el apartado de actores sociales, fue creada en 1845, por la alianza entre la Iglesia católica y el grupo élite que figuraba en la época, con el objetivo de coordinar lo relacionado con el Lazareto¹⁶ y el Panteón General.

Para Guerrero y Zúñiga (2008)

la creación de la Junta de Caridad de San José se convirtió en el contexto de las filantropías oligárquicas, en el más importante esfuerzo por coordinar la ayuda a los necesitados, siendo el punto de encuentro entre la beneficencia eclesiástica, la caridad y la filantropía oligárquica. (p.77)

Por lo que sus inicios la perfilan como una ONG, no obstante la realidad de esta institución actualmente es otra, ya que pertenece al aparato estatal. Bejarano y Viquez (1996) identifican en suma a esta, como pionero, el trabajo asumido por las Damas Vicentinas ante la situación de pobreza que enfrentaban sectores de la población y también en particular a su labor para atender la situación de abandono al que se enfrentaban las personas menores de edad en el país. Frente a estos hechos, las Damas “emprendían

¹⁶ El Lazareto corresponde al antecedente de un hospital, su función era atender a las personas contagiadas de lepra.

proyectos de ayuda en el Hospicio de Huérfanos (1887) en el Asilo de la Infancia, en la Sociedad Almuerzo de los pobres vergonzantes, en el Hospicio de Incurables y también atendían a los pobres que no estuvieran vinculados con estas instituciones” (Viales, 2005, p.87).

Otros casos aislados, son identificados por Reuben (citado en Briceño, 1996) quien afirma que durante esta época en el país surgieron organizaciones desde la sociedad civil con objetivos definitivos de intervención para contribuir a atender adversidades, entre los que el autor destaca: terremotos, huracanes y la guerra civil.

En este periodo Costa Rica iniciaba su conformación de República, por lo que las acciones que respondían al interés público no provenían únicamente del Estado pues este estaba construyendo apenas sus cimientos, figurando más las iniciativas privadas, especialmente en ese momento las propuestas por la Iglesia Católica, esto también debido a la poca separación entre estos actores.

La élite por su parte, también tenía protagonismo. Producto del modelo económico del momento, era conformada por la oligarquía cafetalera y por algunos personajes involucrados con la banca; por lo que eran estos quienes con la intención de tener bajo control las situaciones que traía con sí la pobreza como contagio de enfermedades, mendicidad, abandono de personas menores de edad, eran quienes promovía un accionar y también dotaban de recursos financieros las iniciativas (Guerrero y Zúñiga, 2008).

Sin embargo, es hasta la década de los sesentas cuando los expertos en la temática reanudan el registro de participación de las ONG en temas de interés público. Esto debido a que con el contexto social latinoamericano, agencias internacionales inician las acciones para trasladar recursos a estos países. Sin embargo, bajo su criterio la manera más eficiente para que estos lleguen a la población menos favorecida era a través de ONG y no a través del Estado, esto debido a las crisis políticas que los caracterizaba (Bejarano y Víquez, 1996), destacando la iniciativa de Alianza para el Progreso (1961-1970).

En suma a esto, la participación de la Iglesia se fortalece, producto del Concilio Vaticano II (1965) (Cordero, 1996) y la Segunda Conferencia General de Episcopado Latinoamericano (1968) (Bejarano y Víquez, 1996); ambas actividades hacen el llamado a vigorizar y extender la doctrina social, directriz que alcanza a América Latina debido a sus características de desarrollo. Estos dos hechos, contribuyeron a que las ONG en América Latina tuvieran un escenario oportuno para desarrollarse.

En Costa Rica su proliferación para esa década fue poca, pero la oferta de fondos por parte de las agencias de cooperación internacional era atractiva, por lo que era una oportunidad para iniciativas individuales. Al respecto, Bejarano y Víquez (1996) afirman que fueron las clases medias y altas quienes captaban los fondos, específicamente parroquias como grupos profesionales; por lo que las iniciativas arrastraban la característica de filantropía, pero ya no eran únicamente los valores cristianos y el empirismo, sino que se reconoce el auge del cuerpo profesional.

En la década de los setentas continuó su crecimiento en Latinoamérica, Reuben (citado en Briceño, 1996) las subdivide por sus propósitos: las aliadas a movimientos sociales, y las aliadas a la Iglesia Católica impulsadas por las ideas de la Teología de la Liberación. Bejarano y Víquez (1996) comparten esta división al afirmar que las iniciativas se veían ligadas a iglesias o partidos políticos.

Para la década de los ochentas, debido a las consecuencias que trajo la crisis económica ocurrida en esa época, organismos internacionales como el FMI y el BM extendieron colaboración económica a los países latinoamericanos. No obstante, debido a sus directrices regulatorias para impulsar un nuevo sistema económico –programas de ajuste estructural- las sumas de dinero iban a ser dirigidas a iniciativas privadas y no a entes estatales.

Haciéndose presente de nuevo el estímulo desde las agencias internacionales para que los temas sociales fueran atendidos por ONG (González. R, 1995), intención que ya se había

compartido para América Latina en la década de los sesentas, pero que en Costa Rica en particular no tomó fuerza como en países vecinos.

Debido a la situación que dejó la crisis en el país, en esta oportunidad se aceptó la inversión y las regulaciones de estas entidades -FMI y BM-; creándose una directriz: la participación estatal tenía que ser disminuida y la participación de la iniciativa privada tenía que ser intensificada, y un actor parte de este escenario eran las ONG.

Bertolotto (2003) añade que esta intención de protagonismo de las ONG, poseía un objetivo político, y es que estas agencias valoraban que de no haber un actor que hiciera frente al malestar colectivo, la gobernabilidad y la democracia de los países podría verse comprometido, así que su promoción a las ONG para la autora fue un mecanismo de control. De hecho Gómez (2014) respaldado por la propuesta de Tandon (2004) afirma que su apogeo es resultado del paradigma de desarrollo alternativo, siendo el periodo neoliberal.

Asimismo, el contexto demandaba con urgencia asistir a la población que quedó afectada, debido entre otras cosas al desplome en los salarios reales y al incremento del desempleo abierto, debido a lo anterior, esta tarea recayó sobre las ONG, generándose una nueva relación entre Estado y sociedad civil.

Tanto protagonismo alcanzaron las ONG que fueron a nivel internacional reconocidas como actores en los acuerdos multilaterales y a nivel nacional se les delegó un rol de colaboración en la ejecución de la política pública junto a las entidades estatales.

Aunque la intención de las agencias internacionales era que tuvieran estas toda la responsabilidad, en el país ya se había desarrollado una plataforma estatal y además una cultura que deposita responsabilidad en el Estado, así que aunque se comprometió a atender la directriz, el trabajo de las ONG fue considerado y lo es hasta el momento en el colectivo, de colaboración, no de sustitución.

Grosso modo Prado y Calderón (1996) sintetizan las razones que propiciaron el auge de las ONG durante la década de los setentas y ochentas:

La existencia de presiones desde abajo (activismo social, creación de sociedades civiles, movimientos de base, asociaciones vecinales y mutuales), impulsos desde afuera (principalmente la Iglesia católica, las organizaciones voluntarias y las agencias internacionales de cooperación para el desarrollo) y, el apoyo desde arriba (algunos gobiernos y líderes políticos, intelectuales y profesionales). (p. 408)

Para el periodo de los noventas, la reforma estatal continuó, y los primeros cambios sobre la estructura institucional empezaron a ser palpables, por lo que la participación de las ONG para ejecutar la política pública era necesaria. Un dato de González, R (1995) señala que para 1992 en el país se registraban ciento dos ONG, colocando al país en segundo lugar en Centro América, después de Guatemala; y sobre los campos de acción, la asistencia social era el objetivo que encabezaba la lista.

En cuanto a su interacción, Valverde (1996) comparte que para este periodo identificó que hubo esfuerzos conjuntos –Estado y ONG- para crear e implementar programas y proyectos. Asimismo, se realizaron trabajos de asesoría técnica cuando alguno de los dos lo necesitó y además desde el Estado se dotó de financiamiento a las ONG para que desarrollara programas de interés público.

Este último hecho, trajo problemas de fiscalización al Estado, según Bertolini y Córdoba (1996) y Rojas (1996) ya que transferir dinero estatal a las organizaciones no gubernamentales violentaba la Ley de la Administración Financiera y la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República; asimismo, desencadenaba inconvenientes con Hacienda Pública, principalmente porque no había un mecanismo para dar seguimiento a la inversión del recurso.

Es por lo anterior que, en este periodo, se iniciaron las acciones para reformular las leyes, con el objetivo de que las ONG pudieran recibir financiamiento de las instituciones

estatales y además que estas últimas pudieran dar fiscalización a los gastos (Rojas, 1996), fortaleciéndose el trabajo conjunto que se puede percibir hasta la fecha.

2.1.1 Antecedentes del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas en el país.

Particularmente ante el consumo de sustancias se destaca que la inquietud por dar atención a la población usuaria de estas sobresale principalmente de iniciativas no gubernamentales. Sin embargo, debido a la demanda del colectivo, las acciones estatales se fueron presentando y uniendo a los proyectos creados por grupos de la sociedad civil.

En síntesis las primeras acciones identificadas fueron a mitad y finales del siglo XIX a través del Hospital San Juan de Dios y del “Asilo Chapuí” actual Hospital Nacional Psiquiátrico, ambos se encontraban bajo la custodia de la Junta de Caridad de San José, por lo que para este periodo son identificadas como iniciativas privadas. La atención que brindaban ambos para la población que presentaba dependencia a las drogas tenía por fin la desintoxicación, siendo un tratamiento inmediateista que no prestaba atención a los factores explicativos de dicho comportamiento.

Posteriormente con el trabajo iniciado por la Liga Antialcohólica, que culminó con la creación de la Comisión sobre Alcoholismo, se iniciaron los cambios en el tratamiento que como país se le daba a este fenómeno, puesto que para la década de los sesenta desde esta Comisión se empezó a brindar una atención especializada, dando lugar a mayor investigación y conocimiento sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas y, con ello, a comprender la necesidad de un tratamiento estructurado, mismo que inició con los procesos de desintoxicación, y se amplió con los procesos de internamiento diurno.

Estos últimos se ubicaban en San José, así que con la visión de expandirse, cuando la Comisión pasa a ser INSA, se fundó en la década de los setenta el Albergue de San Rafael en Alajuela, primer antecedente que ofrece internamiento para las personas con consumo problemático de drogas (INSA, 1980).

En esta misma década se fortaleció la iniciativa de AA, con ello, se suma a estas acciones, el trabajo comunal y de pares como un recurso para dar acompañamiento y contención a las personas consumidoras de drogas, después de atravesar el proceso de desintoxicación; destacando que su trabajo se caracteriza por realizar reuniones semanales.

Asimismo, se suman otras iniciativas no gubernamentales como el Ejército de Salvación, ONG ya instalada en el país desde años anteriores pero que en este periodo se vincula con la atención a esta población. De igual forma, en ese momento se consolidó ADEPEA, centro que se caracterizó por brindar tanto tratamiento para la recuperación, como servicios de desintoxicación.

Los centros promovidos desde el INSA también siguieron creciendo, además del Albergue, para la misma década se creó el CREAT, el programa de rehabilitación para mujeres alcohólicas y la Clínica Infanto-Juvenil (IAFA, 2017d); entidades que buscaban dar un servicio de internamiento, vislumbrándose que tanto Estado como sociedad civil ubicaron el consumo problemático como una temática de interés público, por ende tomaron acciones a favor de esta población, siendo ambos colaboradores en la construcción del modelo de atención.

Para la década de los ochenta, las iniciativas de ONG continuaron, se registró la fundación de los centros Hogar Salvando al Alcohólico y la incorporación al país de la iniciativa de Hogar Crea Internacional; ambas organizaciones abrieron sus servicios, y se expandieron durante toda esa década a lo largo del territorio de la GAM, sumándose estas organizaciones no gubernamentales a los trabajos pioneros en el país.

2.2. Situación del consumo de drogas de las personas atendidas en las ONG

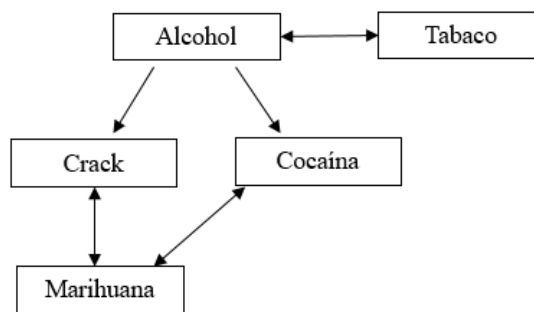
Con una comprensión más amplia sobre el origen, desarrollo y transformaciones de las ONG, se considera importante destacar la situación de las personas atendidas por consumo de drogas en estas entidades. Para esto se tomó como referencia los estudios elaborados por

el ICD a partir del año 2013, los cuales dan cuenta sobre la situación de las personas en tratamiento en estas organizaciones.

En el periodo 2013-2016 se presenta que las sustancias que demandan mayor atención en las ONG son en primer lugar el alcohol, seguido por el crack y la marihuana, para el 2016 se reportó un porcentaje del 49,3%; 25,7% y 12,7% respectivamente (ICD, 2014; ICD, 2015; ICD, 2016, ICD, 2017).

Sin embargo, una situación que presentan las personas con consumo problemático de drogas, es el hecho que no solamente utilizan una única sustancia, sino que se acompañan de otras, es decir, existe un policonsumo. Cada persona es particular, por lo que no se pueden estandarizar los patrones de consumo; no obstante, existen sustancias que se vinculan con otras en mayor repetición, durante el lapso 2013-2016 aquellas que demandaron mayor atención por parte de las ONG, fueron las mismas que se mezclaban entre sí (alcohol-crack-marihuana), como se muestra en la siguiente figura:

Figura 6. *Policonsumo de las personas atendidas en las ONG a nivel nacional*



Fuente: Elaboración propia a partir de ICD (2014), ICD (2015), ICD (2016) e ICD (2017).

Según el ICD (2017) esta situación provoca que la meta terapéutica que ha seguido el país –abstinencia total- sea difícil de cumplir, por lo que señala la necesidad de políticas acordes a la particularidad de la persona consumidora, para esto en sus estudios refleja lo siguiente:

Tabla 4. *Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2013*

Año		2013			
Sustancia Psicoactiva		Alcohol	crack	marihuana	cocaína
Edad modal de inicio		14	15	13	15
Primera vez en tratamiento	sí	35%	24,5%	45,5%	37,5%
	no	65%	75,5%	54,5%	62,5%
Edad modal en tratamiento		50	26	16	32
Porcentaje según sexo	hombre	90,1%	95,5%	87,9%	92,4%
	mujer	9,9%	4,5%	12,1%	7,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de ICD (2014)

Tabla 5. *Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2014*

Año		2014			
Sustancia Psicoactiva		alcohol	crack	marihuana	cocaína
Edad modal de inicio		13	15	12	16
Primera vez en tratamiento	sí	34,3%	25,3%	54,3%	45,5%
	no	65,7%	74,7%	45,7%	45,5%
Edad modal en tratamiento		48	24	15	28
Porcentaje según sexo	hombre	90,6%	93,1%	89,3%	88,6%
	mujer	9,4%	6,9%	10,7%	11,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de ICD (2015)

Tabla 6. *Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2015*

Año		2015			
Sustancia Psicoactiva		alcohol	crack	marihuana	cocaína
Edad modal de inicio		14	16	13	14
Primera vez en tratamiento	sí	61,9%	31,05%	58,3%	37,7%
	no	34,0%	65,8%	39,0%	51,4%
Edad modal en tratamiento		49	28	15	21
Porcentaje según sexo	hombre	90,7%	92,6%	87,2%	90,6%
	mujer	9,3%	7,4%	12,8%	9,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de ICD (2016)

Tabla 7. Caracterización de la población atendida en las ONG a nivel nacional para el año 2016

Año		2016			
Sustancia Psicoactiva		alcohol	crack	marihuana	cocaína
Edad modal de inicio		13	14	11	16
Primera vez en tratamiento	sí	32,6%	35,8%	58,2%	40,7%
	no	64,2%	61,6%	39,6%	50,2%
Edad modal en tratamiento		52	25	16	24
Porcentaje según sexo	hombre	92,9%	90,7%	84,2%	84,3%
	mujer	7,1%	9,3%	15,8%	15,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de ICD (2017)

De los datos presentados, hay ciertos elementos a destacar. En primer lugar, la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactiva se encuentra entre los 11-16 años, teniendo a la marihuana como droga de inicio para las personas egresadas de tratamiento de las ONG, siendo la edad más temprana los 11 años de edad en el 2016. A diferencia de la situación a nivel nacional, en la cual las personas se inician con el tabaco y el alcohol con 16,2 y 17,8 años respectivamente para el 2015 (IAFA, 2017f; IAFA, 2017g); esto muestra que las personas que presentan un consumo que requiere de tratamiento, se emprenden de forma más prematura en el uso de sustancias que la población en general.

Un escenario similar se presenta con aquellas sustancias que se experimentan de último, siendo el crack y la cocaína. Para las personas egresadas de las ONG, el momento en el cual tienen el primer contacto con las anteriores es entre los 14-16 años, mientras que la población en general es entre los 19-20 años (IAFA, 2012)

Las personas que se encuentra en tratamiento son en su mayoría población económicamente activa, la marihuana tiene la población más joven entre los 15-16 años, y el alcohol posee el grupo etario más longevo entre los 48-52 años en el periodo 2013-2016. Sobre esta última sustancia, el ICD (2014) plantea ciertas interrogantes, si es que las personas retrasan la búsqueda de tratamiento, si es hasta esta edad cuando se presenta el

consumo problemático o si esta situación se ha presentado a lo largo de su vida y aún a esa edad no logran desvincularse con la sustancia.

En lo que respecta al proceso de recuperación cada persona es particular, sin embargo se debe tomar en consideración que las recaídas son parte del mismo, en la mayoría de las sustancias que se presentaron en la tabla anterior las personas ya habían pasado por un tratamiento, a excepción de la marihuana, pues la mayor parte estaba por primera vez en una institución de ese tipo.

Por su parte, el alcohol “es el que tiene el más alto porcentaje de egresados por cumplimiento al tratamiento” (ICD, 2016, p.17), es decir, a pesar que es la sustancia que más demanda de atención posee y que tiene el grupo etario mayor, es al mismo tiempo aquella en donde hay mayor adherencia al tratamiento.

Al contrario de esto, el crack es la que tiene menor porcentaje por cumplimiento, lo cual se complejiza ya que es una sustancia a la cual “están asociadas otras patologías (psiquiátricas y no psiquiátricas) que requieren que su tratamiento sea multidisciplinario y no enfocado únicamente en el desorden por uso de la sustancia per se” (ICD, 2016, p.24).

Se suma a esto que para el año 2016 los datos arrojan un cambio de tendencia en el porcentaje que registra la primera vez en tratamiento para el alcohol, ya que los porcentajes se invierten; lo que lleva a reflexionar si para el periodo existió algún cambio coyuntural o si fue un error de transcripción de la información por parte de la entidad creadora.

En cuanto a la diferencia entre hombres y mujeres, dentro de las ONG la mayoría de personas que registran un consumo problemático son los primeros, especialmente con el alcohol y el crack. Por su lado, las mujeres poseen un historial de consumo inclinado hacia la marihuana y la cocaína.

Los centros de tratamiento que brindan servicios para contribuir a la recuperación de estas personas, no sólo tienen mayor disponibilidad para los hombres, sino que para quienes

se encuentra localizados en San José o cercanías, teniendo a Guanacaste como aquella provincia con menos recursos¹⁷. Lo que permite ver que “la población urbana históricamente se ha visto más beneficiada con el acceso a servicios de salud, transporte, educación, entre otros, caso opuesto sucede con la rural, donde el acceso a los servicios es limitado” (Chacón, 2014, p.5).

Esto representa una deuda histórica con las zonas rurales del país, si se observan la cantidad de ONG que brindan servicios de tratamiento de drogas en el país, se tiene que San José, Alajuela, Heredia y Cartago tienen en total cincuenta y siete entes de este tipo, mientras que Guanacaste, Puntarenas y Limón registran catorce¹⁸. Esto deja claro la necesidad de dar mayores opciones de tratamiento a las personas que se encuentran fuera del GAM.

Otro elemento que se debe rescatar es el nivel educativo y la condición laboral de las personas en tratamiento en las ONG, la mayoría de ellas no se encuentran trabajando ni estudiando, en donde el grado de educación más alto es primaria, entre el 53% y 62% de las personas. (ICD, 2014; ICD, 2015; ICD, 2016; ICD, 2017).

Este aspecto representa un reto para el país, pues dificulta que las personas logren reintegrarse a actividades de la vida cotidiana. Se logra visualizar que para el caso del alcohol, el hecho que las personas trabajen, complica que terminen el tratamiento; mientras que para el crack y la cocaína sucede lo contrario, el no tener un empleo impide su proceso de recuperación. Esta situación requiere de atención, pues cada persona requiere de un tratamiento particularizado y acorde a sus necesidades, buscando procesos integrales que se ajusten a la persona, y no viceversa.

Finalmente, desde los estudios del ICD se omite el consumo de tabaco, si bien, en los últimos dos informes publicados en el 2016 y 2017 se hace referencia a esta sustancia de

¹⁷ Ver anexo 2

¹⁸ Ver anexo 2

manera breve, no hay especificidad como en el caso de las otras sustancias. Se considera relevante examinar si es que no se visualiza como droga problema, si el tratamiento es mayormente de tipo ambulatorio, o si no hay una proporción significativa de personas que acuden a las ONG por esa sustancia en particular.

2.3. Referentes empíricos de ONG en el tratamiento del consumo problemático de drogas en Costa Rica

2.3.1. Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados.

2.3.1.1. Origen, marco filosófico y estructura organizativa.

La ONG Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados forma parte de la Federación de Hogares Salvando al Alcohólico, la cual surgió con el fin de atender el consumo problemático de alcohol en la GAM. El primero de estos fue creado alrededor en 1980 en el cantón de San José específicamente en Zapote –ahora sus instalaciones se encuentran en San Cayetano-. Debido a la eficacia del programa se replicó y a la fecha la Federación está compuesta por catorce hogares (IAFA, 2017b).

Esta ONG se fundó alrededor de 1992, la totalidad de funcionarias y funcionarios consultados coinciden en que, las personas que la fundaron fueron hombres consumidores de alcohol, pertenecientes al grupo de AA de Desamparados. Según la mayoría de funcionarios entrevistados en el sitio el número de personas con consumo problemático de alcohol era importante, generándose la proliferación de los grupos de AA.

No obstante, el alcance del servicio era limitado en relación con la magnitud de la situación de consumo problemático de alcohol, por lo que algunos de los hombres participantes de estos grupos sintieron la necesidad de contar con un servicio más amplio en el que se diera acompañamiento durante la etapa de desintoxicación y la etapa de reinserción social, tras esta iniciativa se creó el HSAD.

Una persona funcionaria comparte que,

el Hogar de San Cayetano ya había dado muestras de que era importante para la sociedad y además en Desamparados habían ya muchos grupos de Doce Pasos organizados y muchos compañeros de larga trayectoria, entonces los compañeros de AA Desamparados deciden crear un hogar con la misma figura que el Hogar de San Cayetano. (persona funcionaria A, comunicación personal, 14 de febrero de 2018)

Lo anterior permite visualizar que los grupos de AA son una de las propuestas de tratamiento con mayor aceptación en el país. Su modelo de Doce Pasos posee un componente de religiosidad, debido a la influencia que sus fundadores tenían de la doctrina del Grupo Oxford, por ende la propuesta metodológica postula, entre otros elementos, que se debe aceptar la presencia de un ser superior y se debe rogar por su ayuda, convirtiéndose entonces en una opción de abordar el consumo problemático desde la arista espiritual, hecho que coincide con la idiosincrasia costarricense, ya que el componente religioso ha sido uno de los peldaños para la construcción de identidad.

La fundación de los hogares, permite inferir que la confianza por parte de la sociedad costarricense en ese tratamiento era amplia y sostenida, puesto que estas ONG replican la propuesta metodológica de atención del modelo de Doce Pasos, implementada por los grupos de AA desde la década de los setentas, pero con el complemento de brindar una opción de internamiento corto.

El surgimiento del HSAD en la década de los noventas, es resultado del impacto de la contra reforma estatal propuesta desde el modelo económico neoliberal, sobre la participación del Estado costarricense en cuanto a la creación y ejecución de la política pública, que traslada la tarea de atender temas de interés público a la sociedad civil, en este caso en iniciativas estructuradas como las ONG.

El trabajo pionero de este grupo de hombres constituyó una alternativa de atención más amplia para la población con consumo problemático de sustancias psicoactivas, respecto de las que se tenían en ese periodo, pues de acuerdo con los hallazgos del recorrido histórico

realizado, la respuesta se caracterizaba por la existencia de centros de salud con un internamiento corto, el INSA y su tratamiento de desintoxicación ambulatorio y reuniones semanales de AA.

En razón de que el HSAD forma parte de una Federación, la Asociación de Socios tiene que guiarse para la toma de decisiones por la misión establecida para este tipo de ONGs en cuanto a la intervención en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, así como compartir los principios y los objetivos de trabajo que se han establecido para todos los centros.

Al respecto, la Federación estableció en sus inicios la misión de ser:

[...] una Federación nacional, de carácter representativo, que promueve la calidad en los servicios de los hogares miembros bajo los principios de respeto a la autonomía y al desarrollo por medio del intercambio de sus experiencias en el proceso de rehabilitación de alcohol y otras drogas (Federación de Hogares Salvando al Alcohólico, 2017)

Y como visión:

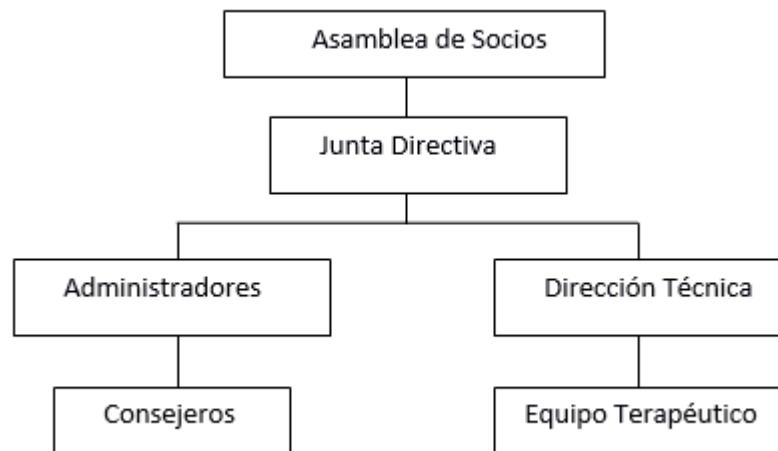
Fomenta su participación entre las organizaciones estatales e internacionales para estimular, defender y desarrollar servicios de calidad bajo los principios de la gratitud, igualdad y servicio (Federación de Hogares Salvando al Alcohólico, 2017)

Tanto la misión como la visión dan cuenta de que el grupo de hogares tiene como compromiso ante la sociedad costarricense ofrecer un servicio de rehabilitación ante el consumo problemático de alcohol u otras drogas, con la responsabilidad de ser un servicio de calidad; con el deseo de que se constituya en un proceso de rehabilitación mediado por el intercambio de experiencias. Este último aspecto es propio de la metodología que se utiliza, que retoma insumos del modelo de Doce Pasos y de la propuesta de AA, resaltando el trabajo de pares en el proceso de tratamiento.

En cuanto a su deseo a futuro, se rescata que los principios con los que se quiere identificar el proceso de tratamiento son la gratitud, la igualdad y el servicio. Principios que caracterizan por ser pilares en el modelo de Doce Pasos, promovidos a lo largo del “libro azul”. Por lo tanto, se pudo determinar que el marco filosófico de la organización lo constituye el modelo de AA.

En relación con la estructura organizativa del HSAD, la información suministrada por las personas entrevistadas, da cuenta del organigrama que se detalla en la figura 7:

Figura 7. *Organigrama del Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados, 2018*



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las funciones, según compartieron las y los funcionarios entrevistados y como se aprecia en la figura anterior, la Asamblea de Socios es el máximo órgano de autoridad en la ONG. Esta Asamblea está conformada por personas que han hecho uso de los servicios del lugar y que han logrado mantenerse en abstinencia, entre sus funciones principales está elegir los miembros de la Junta Directiva anualmente y tomar las decisiones alrededor del funcionamiento del lugar.

La Junta Directiva, instancia que se reúne una vez por semana, es el órgano que tiene mayor vinculación con el trabajo cotidiano del HSAD. A ella le compete el proceso de toma de decisiones en cuanto a: a) Definición de directrices sobre el manejo de los temas de índole administrativo, logístico y financiero; b) Elaboración de los reglamentos internos, tanto para las personas usuarias del servicio, como para las personas funcionarias de la ONG; c) Captación de fondos para asegurar la sostenibilidad del programa; d) Seguimiento a la utilización de los fondos para el pago del personal, la compra de bienes inmuebles, la compra y elaboración de alimentos; el pago de servicios básicos, entre otros.

En cuanto al talento humano, interesa destacar que se cuenta con tres personas funcionarias a cargo de la administración, una persona encargada de cocina, un grupo de personas que imparte charlas y el Equipo Técnico, todos bajo la autoridad de la Junta Directiva.

El personal de administración es el encargado directo de que la organización funcione según lo acordado por la Junta y de acuerdo con las directrices que establece el IAFA. Este personal es el que tiene contacto cotidiano con la población residente, responsables de incentivar para la participación en las actividades programadas para cada día. Aunado a lo anterior, este personal es el que realiza el proceso de inducción a las familias y a las personas que quieren hacer uso del programa.

El Equipo Terapéutico es liderado por la Dirección Técnica, en este caso la función recae en la profesional de Enfermería. Su función central es coordinar el funcionamiento del equipo de profesionales con el fin de que el proceso de tratamiento se cumpla tal y como está establecido. Este se reúne una vez a la semana, para compartir la información que cada profesional obtuvo en el contacto con los usuarios, evaluar situaciones particulares, compartir avances y tomar medidas referidas al plazo del internamiento, el tratamiento y la finalización del proceso. El Equipo Técnico está conformado por las disciplinas de Enfermería, Medicina, Psicología y Trabajo Social; sus funciones serán ampliadas y analizadas en el apartado del tratamiento.

La figura de Consejeros o Charlistas, es un grupo de personas voluntarias que se ha rehabilitado a través del modelo de AA, que brinda apoyo a las familias para implementar el enfoque de Doce Pasos y el trabajo de pares que caracteriza a este modelo.

La estructura organizativa del HSAD es lineal con un proceso de toma de decisiones centralizada en la Asamblea de Socios y en la Junta Directiva. Este esquema de toma de decisiones no recupera los aportes que puede brindar el Equipo Técnico y el personal de apoyo administrativo, desde su experiencia en el trabajo directo con la población meta.

Esta situación se agrava por el hecho de que la Asamblea de Socios y la Junta Directiva son instancias que no funcionan físicamente en las instalaciones del HSAD, lo que genera que los espacios de comunicación sean estructurados y limitados. Las reuniones mensuales entre la Junta Directiva y el Equipo Técnico es el único mecanismo de comunicación con que se cuenta para el intercambio de información respecto a directrices y regulaciones del proceso de atención.

De acuerdo con la información suministrada por las personas entrevistadas, el hecho de que las reuniones tengan lugar una vez al mes, dificulta los procesos de discusión y de reflexión sobre el quehacer de la ONG, ya que con tan poco tiempo de contacto, el espacio para analizar los retos que se enfrentan, la calidad del servicio, las necesidades y demandas de la población meta es limitado y en parte el tiempo se consume en asuntos eminentemente de apoyo y tramitología administrativa.

Lo expuesto da cuenta de la importancia de revisar el proceso de toma de decisiones y los mecanismos de coordinación e integración de los procesos de trabajo, en aras de fortalecer la participación del Equipo Terapéutico y del personal de apoyo administrativo, dado que para cumplir la misión y la visión de ser un servicio con calidad, se hace fundamental acercarse y conocer la cotidianidad de la organización, en tanto esto permite la retroalimentación entre el proceso de trabajo administrativo y el proceso de trabajo operativo. No cabe duda que involucrar al Equipo Técnico y al personal de apoyo

administrativo en toma de decisiones centrales de la ONG, garantizaría una mirada de totalidad que permitiría orientar prioridades y acciones en función de la atención a la población meta.

Las y los funcionarios que se trabajan cotidianamente en las instalaciones, es decir el equipo de apoyo administrativo y el Equipo Técnico, confirmaron que entre ambos el canal de comunicación es menos estructurado, ya que al compartir la responsabilidad del nivel operativo del programa de tratamiento día a día, tienen que coordinar las tareas que les corresponden, por lo que el canal es abierto, la interacción es constante y la información fluye permanentemente cada vez que una situación lo demande.

No obstante, esta comunicación se limita al trabajo cotidiano que corresponde a la atención de cada residente, siendo pocos los espacios de discusión colectiva alrededor de temas más amplios y complejos, como lo serían las características del servicio que se brinda, los resultados que se quieren obtener y los que se están logrando, las experiencias positivas o buenas prácticas alcanzadas y las limitaciones a las que se enfrentan.

Además, al encontrarse ambos equipos de trabajo en el mismo nivel de responsabilidad, no existe supervisión de las intervenciones realizadas, lo que imposibilita retroalimentar el quehacer de las personas funcionarias, prevaleciendo intervenciones disciplinarias sin lograr trascender a una intervención integral, situación que incide negativamente en la posibilidad de trabajar para garantizar calidad en la atención y cumplir con las metas establecidas.

2.3.1.2. Componente administrativo.

2.3.1.2.1. Planificación y evaluación del servicio.

En cuanto a al proceso de planificación del trabajo, interesa destacar que el funcionamiento del lugar se rige por lo establecido en el *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas*, diseñado por el IAFA, como requisito para acreditar a

la ONG que quiera dirigir sus servicios a la población con consumo problemático de drogas, según lo establece el Decreto Ejecutivo N° 35383.

El *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas*, incluye: a) Un apartado de datos generales que caracterizan a la ONG, tales como origen o antecedentes, b) La razón por la cual se toma la decisión de participar en la atención al consumo problemático de sustancias psicoactivas, así como también la cobertura geográfica y a quiénes está dirigido el servicio, c) Los objetivos de su quehacer, d) El detalle de la propuesta metodológica: instrumentos, funciones, etapas y la metas que van a orientar la intervención durante el proceso de rehabilitación que se va a brindar a la población consumidora de sustancias psicoactiva, e) Especificación de recursos que se tienen y los recursos que se necesitan para lograr lo anterior y f) Proceso de supervisión y evaluación del personal que brinda los servicios.

A pesar de que no se tuvo acceso directo al *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas* del HSAD, la información suministrada por las personas entrevistadas da cuenta de que la responsabilidad central por su elaboración recae en el Equipo Técnico. Refieren que en su elaboración cada profesional es el responsable de incluir en el proceso de tratamiento que se consigna en el Programa, el detalle de su participación y su responsabilidad, dando como resultado que la atención que se propone sea la suma de atenciones disciplinarias y no una propuesta institucionalizada, con visión integral y de totalidad.

Interesa destacar que el Programa debe actualizarse cada dos años para presentarlo ante el IAFA, a fin de que sea revisado de acuerdo con las normas establecidas para que se decida su reacreditación y se autorice su funcionamiento. No obstante, dicha revisión no se apoya en un análisis interdisciplinario institucionalizado, lo que significa que la revisión y actualización del Programa queda sujeta al criterio disciplinario de las y los profesionales en turno.

De acuerdo con la información obtenida, se considera de gran importancia aprovechar la oportunidad que tiene el Equipo Técnico de revisión y actualización del *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas* del HSAD cada dos años, para redefinirlo en forma conjunta e interdisciplinaria, de tal manera que los objetivos y el sustento ético, teórico y metodológico del servicio de la ONG sea producto de un proceso de discusión y apropiación colectiva, en el que participe el talento humano involucrado, es decir la Asociación de Socios, la Junta Directiva, el Equipo Terapéutico y el equipo de apoyo Administrativo.

Ello permitiría retomar y dar seguimiento a la misión y visión de la ONG, mediante el fortalecimiento del proceso de tratamiento, con innovaciones a la luz de avances teóricos y metodológicos, que puedan institucionalizarse de manera que no dependan de profesiones particulares, sino de la discusión de las situaciones que se atienden desde una comprensión de la complejidad de las mismas, de sus explicaciones contextuales y de los fundamentos teóricos y metodológicos para encararlas con mayor posibilidad de acierto.

Dentro de los aspectos que solicita IAFA para contribuir a la planificación del servicio, se encuentra el Manual de Funciones, este según las personas entrevistadas fue elaborado por la Junta Directiva y en él se detallan las competencias y el perfil que deben cumplir las y los funcionarios.

A pesar de que no se tuvo acceso a dicho manual, a partir de la información suministrada por las personas funcionarias entrevistadas, se puede afirmar que el vínculo que existe entre el Manual de Funciones y el *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas* del HSAD en el nivel operativo es poco, ya que no participan en su elaboración el Equipo Técnico y el equipo de Apoyo Administrativo. Lo ideal sería que el Programa y el Manual se elaboraran con la participación del recurso humano de la ONG y en forma coordinada, a fin de que ambos instrumentos de planificación permitan desarrollar un trabajo con visión de totalidad, integral e institucionalizado, que no se vea afectado por la rotación de personal.

Con respecto a los procesos de supervisión y evaluación del personal que brinda los servicios en el HSAD, las personas entrevistadas dan cuenta de que existe un instrumento que se le suministra a la población usuaria para obtener su opinión acerca del servicio y el trato recibido. Dicho instrumento fue elaborado por el Equipo Técnico e incluye casillas para que se califique a cada área involucrada en el proceso de rehabilitación, con un espacio para dar sugerencias y recomendaciones.

La aplicación del instrumento de evaluación, según la información suministrada por las personas entrevistadas, está bajo la responsabilidad de la profesional en Trabajo Social, quien lo facilita a la población usuaria unos días antes del egreso para su llenado y es la encargada de la su resguardo. En cada reunión mensual entre la Junta Directiva y el Equipo Técnico, el resultado de las evaluaciones se expone en aras de analizar los aciertos y desaciertos señalados por la población atendida.

Aunado a esto, dentro de las responsabilidades de IAFA como ente rector, se encuentra realizar valoraciones externas de la prestación de servicios. Es por esto que al menos dos veces al año se hacen visitas sin previo aviso a la ONG, para inspeccionar si el funcionamiento se está desarrollando de acuerdo con la normativa establecida y con los compromisos adquiridos en el Programa. En opinión de las personas entrevistadas, el personal de IAFA revisa expedientes y entrevista al personal para determinar la intervención realizada por cada disciplina y el cumplimiento de la normativa.

El decreto regulatorio establece la evaluación como un requisito, pero no brinda recomendaciones de cómo emprender el proceso, siendo una responsabilidad para la ONG construir un sistema de seguimiento y monitoreo que permita dar cuenta de su trabajo y que brinde insumos para fortalecerlo. A partir del acercamiento que se tuvo al HSAD se logró determinar que la evaluación que se realiza es mínima, ya que el instrumento existente solo se centra en obtener la opinión acerca del servicio que se brinda, pero deja por fuera las apreciaciones que pueda tener la población usuaria sobre el proceso de tratamiento,

respecto a su funcionalidad, a las herramientas que le brindó, el cambio que percibe en su estado de salud, entre otros.

Al no existir evaluación acerca de los resultados del tratamiento, tampoco existe registro acerca de la efectividad del proceso y no es posible contar con recomendaciones orientadas a su revisión y fortalecimiento. De acuerdo con lo indicado, se considera necesario que la ONG establezca un sistema de evaluación y seguimiento de los procesos de tratamiento, que le permita obtener información a fin de subsanar debilidades y desarrollar estrategias orientadas a un impacto positivo del proceso de tratamiento en la población meta, sus familias y la comunidad.

Respecto a la evaluación externa realizada desde IAFA interesa destacar que ésta se limita a la inspección y control de las directrices y normas establecidas para el funcionamiento de la organización, omitiendo el seguimiento del contenido y de los resultados del proceso de tratamiento, aspecto que es de mayor interés para evaluar la efectividad del modelo de atención que se ha construido para velar por la salud de la población con consumo problemático de sustancias psicoactivas, puesto que solo con dicho seguimiento se puede direccionar el quehacer del HSAD para que su trabajo aporte a las metas que se postulan desde el Sistema Nacional de Tratamiento.

2.3.1.2.2. Recursos disponibles.

2.3.1.2.2.1. Recursos financieros.

La ONG en sus inicios, no contaba con recursos económicos por parte de alguna entidad nacional ni internacional, por lo que se sostuvo a través de donaciones voluntarias y de las familias de las personas que utilizaban el servicio. Hecho que llama la atención, debido a que la propuesta de tratamiento era bastante aceptada por el colectivo, y, según las fuentes consultadas, en la consolidación de ONG en el país, existía la posibilidad de captar recursos internacionales.

En la actualidad, de acuerdo con la información suministrada por las personas funcionarias entrevistadas, existen fuentes de financiamiento públicas y privadas. A nivel privado destaca el aporte de los socios de la Junta Directiva y la cuota voluntaria que deben aportar las personas que solicitan el servicio; por parte del Estado se brindan recursos a través del IAFA, el ICD y la JPS.

La Junta Directiva está abierta a la incorporación de nuevos socios, dispuestos a aportar una cuota mensual. Las personas entrevistadas refieren que los recursos financieros que se obtienen por esta vía son muy escasos, casi simbólicos, así que no es considerada como una fuente de ingresos sólida.

A la población que solicita el servicio se le pide una cuota voluntaria para cubrir su estadía, cuyo monto actual es de cuarenta y cinco mil colones, según el estimado de los Administradores, este monto no cubre la totalidad del costo de la estadía. Además, al ser voluntaria en algunos casos la persona usuaria no puede aportarla, ambos ingresos se reconocen como un fondo propio para gastos de emergencia e imprevistos.

Interesa señalar que el ICD brinda partidas de dinero para proyectos específicos. De acuerdo con la opinión de las personas entrevistadas, generalmente estos recursos se utilizan para mejoras en la infraestructura de la ONG, tales como: ampliaciones, remodelaciones y mantenimiento. Para acceder al dinero, la Junta Directiva debe acercarse al Instituto, tramitar la solicitud y esperar su aprobación.

Por otra parte el HSAD posee fuentes de ingreso constantes por parte de entidades estatales. Ambos apoyos son posibles gracias a la reforma que se hizo durante los noventa sobre el presupuesto estatal, para que entidades de este tipo tuvieran la opción de asignar fondos a las ONG.

Específicamente, la JPS debido a su carácter dota de recursos a iniciativas que busquen atender el tema de consumo problemático de drogas. Hecho por el cual brinda recursos financieros mensuales a la entidad para el pago de los servicios públicos, la alimentación de

los residentes, el sueldo de los tres funcionarios de apoyo administrativo y la persona encargada de la cocina.

Al respecto, las y los entrevistados manifestaron que los gastos en alimentación son variables, ya que al ser un internamiento corto, la entrada y salida de usuarios tiene la posibilidad de ser diaria. Por lo que el presupuesto planificado siempre sufre alteraciones según la demanda, impactando en oportunidades el menú establecido.

IAFA también dota de recursos financieros, para el pago de las plazas profesionales; así que en la actualidad, el HSAD recibe una partida anual para los salarios de las personas que conforman el Equipo Terapéutico.

Un dato que interesa destacar de la información obtenida mediante las entrevistas realizadas a las y los funcionarios, es que el presupuesto de IAFA está estipulado para el pago anual de salarios, sin embargo, la partida de dinero se gira tarde, alrededor del mes de marzo, afectando el pago durante los meses de enero y febrero. Se desconoce a qué responde esto, pero tiene repercusiones sobre el recurso humano y sobre el servicio que se brinda, ya que al no contar con el dinero para cancelar los salarios, la ONG tiene que modificar partidas presupuestarias y en ocasiones, recortar las jornadas, medida que impacta en la calidad del servicio, ya que con menos tiempo es difícil enfrentar la demanda de trabajo. Además, esta estrategia desequilibra la inversión de fondos que planifica la ONG.

Lo expuesto muestra que el financiamiento de la ONG es un punto delicado, como lo afirman Monge y Boza (2011) por un lado, la desviación de recursos por parte de entidades estatales reafirma y legitima la reforma estatal propuesta desde el modelo económico neoliberal, en el cual la premisa es depositar la gestión de la política pública al sector de la sociedad, entonces esta actividad se vuelve cuestionable y sobresalen posturas que consideran que estas deben autofinanciarse (Bejarano y Viquez, 1996).

Sin embargo, es innegable el impacto de dicha reforma en la participación del Estado costarricense en la política social, haciendo necesarias este tipo de organizaciones. De allí que las ONG demanden apoyo estatal para enfrentar la tarea de ejecución de la política depositada en ellas, además se confirma la conclusión a nivel de país de Gómez (2014) en la que afirma que el Estado es el que ha dotado con mayor regularidad de dinero a estas instituciones.

En el caso específico del HSAD, se puede apreciar que el engranaje estatal respalda su quehacer; la partida alcanza para atender las necesidades mínimas de un centro de tratamiento, sin embargo no es suficiente, un punto que ejemplifica la afirmación, es que no hay un presupuesto para la plaza del profesional en Nutrición, además según la apreciación de las personas entrevistadas los recursos son mínimos.

Asimismo, se hace visible que la dimensión política de la ONG está condicionada por el financiamiento, afirmación que destaca De Melo (2004), en tanto que las dos entidades estatales que sostienen el trabajo del HSAD (IAFA e ICD) tienen la responsabilidad de brindar una oportunidad de atención a las personas con consumo problemático de drogas, por lo que direccionan el trabajo de la ONG hacia esta meta. El margen de libertad que tiene la organización es poco, ya que si no se acoge a las directrices y requisitos de estas pierde el apoyo financiero y con ello su mantenimiento peligra.

2.3.1.2.2.2. Recurso humano.

Las y los funcionarios entrevistados indicaron que en sus inicios la ONG estaba conformada por la Junta Directiva, la cual resolvía temas administrativos, el grupo de voluntarios que impartía charlas con base a las temáticas del modelo de Doce Pasos y un par de funcionarios que atendían a las personas que llegaban con un estado de salud quebrantado. No obstante, ha habido cambios, ya que hace alrededor de unos diez años IAFA estableció la directriz de contratar profesionales para el tratamiento, de lo contrario no tienen aval para funcionar.

Esta directriz responde a la normativa promovida desde IAFA para regular el funcionamiento de los programas de tratamiento. Por lo que tras la aprobación del Decreto Ejecutivo N° 32997 y del Decreto N°35383, los centros que quieran dar atención a personas con consumo problemático de drogas deben contar con un equipo profesional según la modalidad de programa.

La incorporación del cuerpo profesional es producto del fortalecimiento del enfoque médico sanitario en el país, ya que, al catalogarse la adicción como enfermedad, su intervención demanda mayor rigurosidad. Comparte una de las personas entrevistadas al respecto “lo peligroso de manejar una persona así es que le puede dar una epilepsia o un paro cardíaco [...] IAFA vio la problemática y empezó a meter profesionales” (persona funcionaria B, comunicación personal, 5 de febrero de 2018).

Asimismo, esta medida da como resultado el fortalecimiento de la intervención estructurada, es decir el tratamiento, ya que además de profesionales en salud, subraya la importancia de profesionales en ciencias sociales, buscando generar un abordaje integral a la población con consumo problemático de drogas.

Es por esto que en la actualidad la organización cuenta con tres funcionarios de apoyo administrativo, dos de ellos trabajan en jornada de tiempo completo de lunes a viernes, uno en horario diurno y otro en horario nocturno, el tercero se encarga del funcionamiento durante los fines de semana. Así como un cocinero que se encuentra contratado en jornada de medio turno.

Además, hay profesionales en el área de Enfermería, Medicina, Psicología y Trabajo Social, estas conforman el Equipo Técnico. Según el Decreto N° 35383 este equipo está incompleto, ya que la directriz apunta a que todo centro de tratamiento con modalidad de desintoxicación residencial, debe tener un profesional en Nutrición, con el fin de brindar una dieta balanceada que contribuya con el proceso de rehabilitación, ya que es común que estas personas presenten un cuadro de desnutrición, unido a las patologías más regulares

como la diabetes y la hipertensión, haciéndose necesario un menú que atienda estas particularidades. Las y los funcionarios compartieron en la entrevista realizada, que la creación del menú sí estuvo a cargo de una profesional en Nutrición, que se contactó de manera privada para ese único fin.

Las y los profesionales están contratados por servicios profesionales, cuyo salario es asumido con fondos del IAFA, en una jornada de medio tiempo para Psicología y Trabajo Social y en una jornada de un cuarto de tiempo para Enfermería y Medicina. Según lo estipulado por el Decreto N°35383, las jornadas de trabajo corresponden con la directriz establecida para la modalidad de tratamiento que brinda el HSAD.

La capacidad máxima de población usuaria es de dieciséis personas y de acuerdo con el Decreto N°35383, se debe contar con un profesional por cada veinticinco usuarios.

Todas las personas integrantes del Equipo Técnico cumplen con el requisito de tener como grado mínimo la licenciatura y de estar inscritos en el colegio profesional respectivo. En cuanto a la experiencia en la temática de consumo de sustancias psicoactivas hay diferencias. Parte del equipo actual ha tenido trayectoria; sin embargo, todo el grupo tiene la oportunidad de capacitarse, como ya se mencionó el IAFA es el principal facilitador de esta actualización profesional.

Existe un equipo de charlistas, que según la información aportada por las personas entrevistadas, actualmente es de dieciocho personas, quienes brindan sus servicios en forma voluntaria. En su totalidad los charlistas se caracterizan por ser personas que pasaron por un proceso de tratamiento a través del programa de Doce Pasos y que han logrado mantenerse en abstinencia; las y los entrevistados compartieron que si bien algunos de ellos cuentan con la formación en consejería en alcohol y otras drogas, no han logrado la totalidad.

Con base en el Decreto N°35383, los programas de desintoxicación deben contar con personal en consejería, capacitado y certificado por IAFA, en una jornada de medio tiempo, en la relación uno por cada veinticinco usuarios. La figura de Consejero que cumple con

estos aspectos, recae según la dinámica compartida por los y las funcionarias consultadas en el Administrador de la ONG; aunque como se expuso él no es el único que las lleva a cabo.

Cabe acotar que el HSAD atiende las directrices que establece IAFA a través de la normativa vigente, sin embargo, estas responden a elementos mínimos, por ejemplo en el tiempo de jornada laboral que se establece. Los funcionarios contratados como Administradores poseen una jornada de tiempo completo ya que se comprende la necesidad de una figura que se encargue del buen funcionamiento; sin embargo, esto no ocurre con los profesionales en salud, ya que su jornada corresponde a un cuarto de tiempo, por ende esto lleva a reflexionar que toda situación de salud o alteración del comportamiento en los usuarios, síntomas propios del síndrome de abstinencia, en ocasiones deben ser resueltos por el Administrador de turno sin ningún tipo de acompañamiento profesional.

En relación con la capacitación de las y los funcionarios, se cumple con el requisito de la figura de consejero en adicciones, no obstante, debido a la razón de ser del servicio y a su vínculo con el modelo de Doce Pasos, esta figura es la de mayor peso en el proceso de tratamiento ya que según la información obtenida, las charlas son el eje central, es por esto que el HSAD se apoya en voluntarios, los cuales no todos cuentan con la capacitación correspondiente.

Por lo anterior se plantea la urgencia de reorganizar las tareas y la cuota de participación en el proceso de tratamiento en relación con las capacidades que tienen las personas involucradas, ya que según lo captado en la investigación, gran parte del trabajo de motivación e inducción recae sobre el grupo de voluntarios, por lo tanto su impacto en los usuarios es directo.

2.3.1.2.2.3. Recurso material.

En sus inicios el HSAD atendía hombres y mujeres adultos, una persona entrevistada refirió que la capacidad inicial de atención era de seis hombres y tres mujeres, ya que las

instalaciones eran insuficientes. Por esto la Junta Directiva buscó apoyo en la JPS con el fin de obtener los recursos financieros que hicieran posible ubicar los servicios en otro espacio físico, de manera que se logró mediante una donación, obtener las instalaciones en las que actualmente se ubica el servicio, San Rafael debajo de Desamparados, inauguradas en el 2004.

Luego de trasladarse, inician las discusiones sobre las necesidades diferenciadas que tienen hombres y mujeres, por lo que se decide hacer la separación entre sexos, culminando este proceso en el 2011, cuando se extiende a la instalación contigua, haciendo la separación a nivel físico, administrativo, financiero y en el tratamiento para cada una de las poblaciones. La capacidad se amplió, actualmente el espacio dirigido a hombres, tiene la capacidad de albergar a un total de dieciséis personas y el espacio dirigido a mujeres un total de diez personas.

Esta instalación anteriormente era una casa de habitación, y con el presupuesto de ICD para proyectos específicos, se han ido realizando las adaptaciones necesarias para que cumpla con las directrices establecidas por el MINSA en el Decreto N°32997 para albergar a personas con consumo problemático de drogas en modalidad de desintoxicación residencial. El lugar donde se ubica el HSAD no corresponde a una zona de riesgo y es accesible en transporte público, aspectos que se estipulan el Decreto N° 35383.

Las instalaciones cuentan con aposentos básicos para el desarrollo del programa de tratamiento residencial, a saber: espacio para la atención de personas/recepción, sala multiuso, lavandería, espacios de higiene personal, espacios para la preparación, resguardo y consumo de alimentos, área de archivo de expedientes, zona al aire libre, dormitorios y oficinas de atención privada para el Equipo Terapéutico. La separación de espacios está definida de manera muy clara; cada uno de los espacios están establecidos por el Decreto N°32997.

Refieren las y los funcionarios entrevistados, que el espacio es amplio, la iluminación natural y artificial es buena, los aposentos aíslan el ruido y brindan privacidad, lo que permite el buen desarrollo de las actividades planeadas y que la planta física es accesible.

Según la observación de las y los funcionarios, existen limitantes en las que se debe trabajar para fortalecer la calidad de la atención que se brinda. En primer lugar, el Decreto N° 32997 establece que debe haber un dormitorio por persona; no obstante, partiendo de los ingresos limitados con los que funciona la ONG y de la generalidad encontrada por Quesada (2016) que los espacios físicos donde se brindan programas de tratamiento no se crearon con ese fin, es difícil que la oferta de servicios de tratamiento logre lo anterior.

Producto de esto la planta física cuenta con un área de esparcimiento pequeña para la cantidad de hombres que recibe. Existe un patio delantero que podría ser usado para este fin, empero, también cumple la función de estacionamiento, quedando un espacio de zona verde y de recreación escaso.

El Decreto anterior señala la necesidad de contar con recintos privados para cada profesional que participa en el tratamiento y con un recinto para preparar y almacenar medicamentos, lo cual no se cumple.

En el HSAD existe una única oficina que es compartida por la profesional en Medicina y la profesional en Enfermería, allí mismo se ubica la camilla, se almacena el equipo y los medicamentos, provocando hacinamiento, ya que al mismo tiempo que un usuario está bajo supervisión en la camilla, las profesionales deben brindar atención a aquellos con quebrantos de salud, violentando la privacidad de todas las partes.

Sin embargo, las limitantes alrededor del espacio físico se han subsanado con adaptaciones, pero no todas las remodelaciones son posibles, ya que se enfrentan a la disponibilidad de presupuesto y de espacio.

2.3.1.3. Proceso de tratamiento.

2.3.1.3.1. Población meta.

La población meta del HSAD en la actualidad son hombres mayores de 18 años y menores de 65 años de edad. Sin embargo, según compartieron las y los funcionarios entrevistados producto de la necesidad de ubicar personas mayores de 65 años con consumo problemático de drogas, en la organización se hace la excepción, siempre y cuando la persona adulta mayor cuente con las capacidades físicas y cognitivas para adaptarse a la infraestructura y a la propuesta de tratamiento.

Otro punto es que este es el único centro de rehabilitación en drogas que trabaja con la población transgénero, y en el marco de derechos humanos y no discriminación, ubica a las personas según su autodefinición respaldada en la cédula de identidad, esto por los reglamentos existentes.

La flexibilización de criterios, deja ver que existen poblaciones con las que se tiene una deuda en la atención, en este caso sobresalen las personas transgénero y las personas adultas mayores (PAM); de allí que esta ONG valore incluirles en el tratamiento de rehabilitación.

Además del sexo y la edad, las y los funcionarios consultados indicaron que la población meta es tan diversa que, desde su experiencia, no pueden perfilar tendencias alrededor del nivel socioeducativo y el nivel económico. Pero sí hay elementos que sobresalen: en gran número los usuarios del servicio comparten una historia familiar marcada por figuras de autoridad ausentes o inexistentes, relaciones de violencia en todos sus niveles y relaciones poco afectivas. También, la mayoría comparte, según el relato de las y los funcionarios, que dentro de la historia familiar se reconoce un pariente consumidor de drogas. Una entrevistada alude que,

Prácticamente el 80% de un 100% son personas que en sus familias consumían o algún tipo de violencia, casi siempre la violencia venía a raíz del consumo [...] casi siempre

hay una historia de la infancia, todo empieza alrededor de algo que ocurrió en la infancia o adolescencia. (persona funcionaria C, comunicación personal, 8 de febrero de 2018)

Por otro lado, el espacio comunal también ha sido identificado como un factor de riesgo en la construcción de la ruta de vulnerabilidad. El número de residentes que en su relato retoman que proceden de lugares con problemáticas sociales es amplio; situaciones que impactaron su infancia o adolescencia y que en muchos casos ellos responsabilizan de haber desencadenado el consumo problemático, siendo la familia y la comunidad un factor de riesgo.

Como algunas características propias de la población, las y los funcionarios señalan que, en cuanto a su salud física, son personas que presentan un deterioro. Debido a sus patrones de consumo se encuentran en un estado de desnutrición, presentan trastornos del sueño, enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, como las patologías más comunes.

En cuanto a la salud mental, los usuarios son caracterizados porque arrastran autoestima baja, necesidad de escucha, de aceptación, de empatía, producto de la carencia afectiva en sus relaciones sociales. La poca expresión y el mal manejo de emociones y la poca resolución de problemas, han generado también que esta población arrastre traumas y duelos no resueltos deteriorando su bienestar. Una de las personas entrevistadas comparte que “muchos hombres por machismo o demás tal vez no expresan todas sus emociones, sentimientos [...] por su machismo no nos cuentan todo lo que les pasa” (persona funcionaria C, comunicación personal, 8 de febrero de 2018). Al respecto, cabe destacar que da la impresión que estas características efectivamente como lo señala parte del Equipo Técnico tienen relación con la construcción de masculinidades.

Alrededor de la salud mental también se encontró, que las y los funcionarios identifican la presencia de patología dual, es decir, enfermedades psiquiátricas en personas que ya presentan adicción al consumo de drogas. Las principales que figuran son los trastornos de personalidad, trastorno psicótico como la esquizofrenia y trastorno bipolar. Las personas

entrevistadas reconocen que, aunque están diagnosticadas, el usuario no tiene adherencia al tratamiento, afectando su proceso de rehabilitación con sustancias psicoactivas.

En cuanto a la identificación de sus patrones de consumo, se encontró correspondencia entre la información recopilada por el ICD durante los años 2013-2016 y la información facilitada en el HSAD en que el alcohol, el tabaco y la marihuana son las primeras drogas de uso. Según las personas entrevistadas, los usuarios aluden a que en edades muy tempranas ya hacían uso de estas sustancias y seguidamente utilizaron la cocaína y el crack, destacando la iniciación del consumo en edades tempranas y el policonsumo como tendencia actual.

El número de hombres que hace uso de los servicios del HSAD, que presenta un consumo problemático únicamente de alcohol, es escaso. Con base en lo encontrado, esta característica la presentan los hombres adultos mayores, que iniciaron su consumo en el contexto en que las drogas de mayor presencia eran el alcohol y el tabaco, sustancias jurídicamente legales en el país.

Empero, el alcohol sigue encabezando la lista de las de mayor demanda de atención, esto debido a la gran cantidad de personas que presentan un consumo problemático, explicado desde la “cultura de guaro” y los factores económicos y políticos que envuelven la fabricación y venta de bebidas destiladas en el país. Seguidamente en la lista se encuentra la cocaína y el crack, quedando en último lugar la demanda de atención por consumo problemático de marihuana.

El consumo de marihuana y de tabaco, según lo compartido por las y los funcionarios entrevistados, presenta una percepción del riesgo menor, generalmente los usuarios tienen el compromiso de la abstinencia con las demás sustancias que utilizan, pero negocian mantener el uso de estas, especialmente del tabaco. En el país la percepción del riesgo ante el tabaco es poca, aun cuando desde la década de los setentas la OMS inició el trabajo de sensibilización y concientización sobre la problemática en su uso, vinculado especialmente

con la mortalidad, en el país se tomaron medidas hasta la década de los ochenta y es hasta los años dos mil que con la creación de normativa se logran cambios.

En cuanto al consumo problemático de cocaína y crack, afirma una de las personas entrevistadas que “aquí en Costa Rica la cocaína es de baja calidad y es cara entonces siempre quieren más porque no les hace nada [...] así que lo cambian por el crack que es más barato” (persona funcionaria B, comunicación personal, 5 de febrero de 2018). La afirmación realizada refleja que existe una alteración de las sustancias psicoactivas dentro del mercado, ya que la diferencia en los precios entre la cocaína en su forma polvorizada y la cocaína en su forma cristalina, es decir el crack, generalmente se explica porque en el mercado se mezcla esta última con la pasta base de cocaína -los residuos que deja su cocción- intensificando los componentes de la droga y con ello los efectos y el impacto que puede tener su consumo en la salud.

El acercamiento a la ONG permitió apreciar que las drogas de mayor presencia, en orden de mayor a menor son el alcohol, el tabaco, el crack, la cocaína y la marihuana. La presencia de nuevas drogas es escasa, las y los funcionarios recuperaron que en algunas ocasiones han intervenido en el consumo de ketamina, LSD y hongos en personas provenientes de zonas rurales; y en menor medida también, pero presente se han registrado casos de adicción a medicamentos, teniendo esto sintonía con los datos recopilados por ICD 2013-2016.

Este perfil de los usuarios que atiende el HSAD detona la magnitud que ha desarrollado el consumo de sustancias psicoactivas, como se recuperó en páginas anteriores, el uso de estas ha acompañado a la humanidad, no obstante, la intención de uso que en determinados casos se registra en la actualidad atenta contra la vivencia de la salud, en tanto el consumo inicia en edades tempranas impactando el proceso de desarrollo humano, la motivación de uso posee factores de índole micro y macro estructural y la experimentación se da con varias sustancias incrementando la posibilidad de desencadenar una dependencia e intensificando el impacto en la condición de salud, entre otros.

Es un reto para las instancias y para las y los profesionales que son llamados a atender la temática, captar y dar respuesta a las demandas de esta población, según las personas entrevistadas debido a la complejidad que envuelve el consumo problemático. Como se detalló, en el caso específico del HSAD se reciben hombres a partir de dieciocho años, además de hombres con distinto perfil de consumo, generando una diversidad de necesidades y de escenarios que puede dificultar el objetivo de brindar un tratamiento particularizado.

En suma, para el país también es un reto la promoción del bienestar mental, y la prevención de trastornos mentales y de comportamiento, ya que, según la evidencia generada desde las entidades rectoras, el vínculo entre la salud mental y el consumo problemático de sustancias psicoactivas es firme, de allí que a partir del marco normativo vigente se haya hecho la recomendación de realizar diagnósticos oportunos y de promover la adhesión a los tratamientos.

2.3.1.3.2. Criterios de selección y reconocimiento inicial de los usuarios.

El servicio de tratamiento que brinda el HSAD es reconocido a nivel comunal y por parte de las entidades estatales involucradas en la temática, esto como resultado de su vinculación con los grupos organizados de AA y su trayectoria, a la fecha lleva funcionando veintiséis años.

Además, debido a la vinculación que la organización tiene con las entidades rectoras en la materia (IAFA e ICD) para ejecutar la política pública en materia de consumo de sustancia psicoactivas, ambas instituciones han depositado confianza en él, y se han encargado de legitimar el trabajo que se realiza, un indicador son las referencias de internamiento que IAFA elabora y envía a la ONG. En síntesis, su trayectoria ha generado que haya comunicación abierta con otras ONG, apoyándose entre ellas para brindar el servicio.

Producto de lo anterior, el HSAD es considerado un recurso para las personas que deseen iniciar un proceso de tratamiento ante el consumo problemático de drogas, ya que tanto la comunidad de AA como IAFA informa sobre sus servicios.

El proceso de admisión se realiza de lunes a jueves de 8:00 am a 4:00 pm, durante este periodo el Administrador de turno se encarga de recibir a las personas que quieren iniciar el proceso de rehabilitación. Para que una persona pueda acceder a este, según la información compartida por las y los funcionarios debe cumplir los siguientes requisitos:

- I. Sexo masculino y mayor de edad: en el caso de personas transgénero, la cédula de identidad debe respaldar el sexo.
- II. El deseo de internarse: al ser un centro para personas mayores de edad, es un lugar de puertas abiertas, por lo que los usuarios no deben ser amenazados o coaccionados para vincularse con el servicio. Sin embargo, las y los entrevistados reconocen que en ocasiones cuando se valora el motivo de ingreso, resaltan situaciones que forzaron a tomar la decisión, entre las que se puede destacar: medida judicial, presión desde la familia, presión desde el lugar de empleo.
- III. Referencia emitida por un médico: sea desde el IAFA, la CCSS o bien una entidad privada. La referencia es obligatoria, tiene por fin evidenciar el diagnóstico sobre la condición de salud del usuario, para respaldar que está estable y que es posible iniciar el proceso de desintoxicación sin que esté en peligro su vida. Además, la revisión médica evalúa la existencia o no de una patología dual, aspecto que es de interés de la ONG para contemplar en el seguimiento que se da durante el internamiento.
- IV. El usuario no debe estar bajo efectos de drogas al incorporarse al servicio: esto con la intención de que su estado cognitivo le permita comprender el proceso de admisión e inducción, así como para que tenga validez su consentimiento informado. Al respecto se solicita que sean veinticuatro horas que lleve sin ningún tipo de consumo, esto para poder iniciar el proceso de estabilización, sin que allí riesgo de interacciones.

- V. Un documento de identificación: sea la cédula de identidad o en el caso de personas extranjeras el pasaporte. Se solicita que este en buen estado y vigente.
- VI. El ONG solicita una cuota para cubrir los gastos de estadía: actualmente es un monto de ¢45 mil, esta es de carácter voluntaria, no obstante, refieren las y los funcionarios entrevistados que en su mayoría es cancelada.
- VII. Los usuarios deben llevar consigo vestimenta para su estadía, así como implementos de higiene personal: el centro cuenta con donativos de ropa, calzado e implementos, que son compartidos cuando el usuario está en situación de calle.
- VIII. Se solicita que el usuario esté acompañado por alguien que sea parte de su red de apoyo: con el fin de tener un responsable que esté pendiente del proceso de tratamiento, de preferencia se espera que sea un familiar, sin embargo, debido al deterioro que provoca el consumo problemático en las relaciones sociales, en ocasiones la familia no tiene vínculo con el usuario, por lo que figuran amistades o padrinos. Sin importar la figura o el parentesco de esta persona se espera un papel de acompañamiento.

Después de verificar el cumplimiento de requisitos y que la persona se encuentra en condiciones de salud que le permiten emprender el proceso de tratamiento, se inicia la etapa de ingreso, el encargado es el Administrador de turno, en esta él procede a realizar una entrevista al posible usuario y a su acompañante cuyo objetivo es obtener información personal para llenar el formulario del expediente: fecha de ingreso, nombre, edad, estado civil, nivel académico, condición laboral, residencia, estado civil, si tiene hijas e hijos, números telefónicos de emergencia.

También, se profundiza en la historia de consumo: qué sustancia consume, desde hace cuánto tiempo, frecuencia, vía de administración, con mayor énfasis en el perfil de los últimos treinta días; y se indaga si hay situaciones de índole judicial que deban atenderse durante su internamiento.

La actividad registrada en el HSAD coincide con lo propuesto con la UNODC (2003) como parte del reconocimiento inicial, ya que esta información permite conocer las características generales del futuro residente, además de la problemática de consumo personal y las situaciones relacionadas que caracterizan su historia personal, a fin de ir perfilando las necesidades particularizadas de tratamiento que el usuario demanda.

No obstante, en miras de garantizar un servicio de calidad como se lo propone el HSAD, se hace fundamental que en esta fase haya participación de profesionales del Equipo Técnico, en tanto es en este primer contacto donde se recopila los datos trascendentales que van a guiar el diagnóstico y el tratamiento, por lo que se debe velar por la calidad de estos.

Seguidamente, se da la inducción sobre el programa de tratamiento, se explican las terapias que lo componen, la modalidad de estas, quienes están a cargo y el itinerario que se debe seguir: charlas, tiempos de alimentación, terapia profesional, visitas. Además, se le brinda una hoja de derechos y se le explican que estos consisten en que: tiene la libertad de salida cuando él así lo desee, puede consultar y fotocopiar su expediente y tiene un horario para recibir visitas.

El Administrador, para asegurar el conocimiento y acatamiento de las normas establecidas por el reglamento interno de convivencia, debe compartir con el futuro usuario las reglas que se deben cumplir para permanecer en el, entre las que se destacan: el respeto hacia los compañeros y las y los funcionarios, regir su comportamiento por las normas de convivencia social, involucrarse en las tareas asignadas, participar de las terapias, usar un vocabulario cortés, cumplir el horario y no consumir ningún tipo de sustancia psicoactiva durante su estadía. Al respecto, también se le facilita una copia de la hoja de deberes.

Si las directrices son violentadas, existen niveles de sanciones para las faltas leves y para las faltas graves. Ante las faltas leves se hace un llamado de atención al usuario para que modifique su comportamiento, sin embargo, en caso de ser una situación constante o de

incurrir en una falta grave, que corresponden a: consumir dentro de las instalaciones, irrespeto a las y los funcionarios y la agresión a otro compañero, se procede a la expulsión. Las y los funcionarios afirmaron que pocas veces ha sucedido, pero cuando se ejecuta, al usuario se le impide durante seis meses la reincorporación.

Para cerrar esta etapa, al usuario se le ubica en una habitación, se le entrega la ropa de cama, se le facilita una copia del horario para que pueda incorporarse. Se realiza un recorrido por las instalaciones para que conozca todos los aposentos y no tenga problema con su estadía, y por último se presenta al grupo de hombres que ya están en el servicio.

2.3.1.3.3. Evaluación integral y plan de tratamiento del hogar.

Con base en la información recopilada y siguiendo la clasificación del tipo de programa que establece el Decreto N°35383, el tipo de tratamiento que brinda el HSAD es el de desintoxicación residencial con supervisión médica, entendiéndose como un:

Programa de desintoxicación con internamiento para contener las alteraciones leves por intoxicación y abstinencia del consumo de alcohol y otras drogas, que ameritan un esfuerzo de inducción y motivación para la referencia del paciente a un programa que se ajuste a sus necesidades, exige supervisión médica, pero no recursos hospitalarios. (Poder Ejecutivo, 2009)

Específicamente el HSAD coloca como objetivo del Programa de Tratamiento,

Desarrollar un programa de tratamiento residencial para personas con problemas asociados al alcohol y otras drogas, en un proceso inicial de inducción y motivación hacia el cambio, mediante la ejecución de técnicas motivacionales que le faciliten la toma de conciencia de la enfermedad, así como acciones que los conduzcan a grupos de autoayuda o de rehabilitación con espacios residenciales más extensos, que favorezcan su inserción a la sociedad. (Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados, 2018)

El objetivo establecido por esta ONG para el proceso de tratamiento, tiene concordancia con las características que se le atribuyen desde el ente rector al tipo de tratamiento de desintoxicación residencial, evidenciando que el trabajo que pretende realizar la ONG considera la propuesta creada desde el aparato estatal, regulándose a partir de esta.

Por su parte, las y los funcionarios entrevistados refirieron en las entrevistas realizadas que tienen conocimiento de los alcances que debe tener su intervención dentro del proceso de tratamiento, afirmando el grupo en su totalidad que toda tarea debe enmarcarse en la inducción y la motivación; contribuyendo así, al cumplimiento del objetivo del programa de tratamiento.

La tarea principal que define el servicio de desintoxicación residencial, es la de acompañar a la persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el inicio de la abstinencia, meta de tratamiento que es para todos los hombres que hagan uso del servicio. Lo anterior, presupone brindar la atención física y psicosocial para hacer posible el cambio de conducta, cabe subrayar que, para esta modalidad de servicio, el Decreto N°35383 acuerda que dicha atención por parte de cada profesional debe ser semanal, ya que su duración es de quince días.

Las entrevistas realizadas dan cuenta de que la decisión de que la organización sea un centro con un internamiento de quince días, responde al perfil inicial de los usuarios. A pesar de ello, en la actualidad, las y los entrevistados reconocen cambios en este perfil, el principal, el agravamiento de la adicción en tanto ahora se realiza policonsumo, impactando considerablemente el estado de salud; por lo que se ha iniciado la discusión alrededor de la duración del internamiento, pero aunque haya intenciones de por medio no se debe pasar por desapercibidas las limitaciones que tiene la ONG en cuanto a recursos financieros, materiales y humanos, aspectos que interfieren en una reestructuración.

Ahora bien, a partir del acercamiento que se tuvo al HSAD, se registran las tres fases del tratamiento estructurado que propone el UNODC (2003) que corresponden a la

desintoxicación, la rehabilitación y el pos tratamiento. Cabe destacar, que cada etapa debe responder al tipo de tratamiento que se brinda: desintoxicación residencial con supervisión médica.

La etapa de desintoxicación, tiene como fin detener el consumo e iniciar el proceso de abstinencia, para ello la tarea primordial es alcanzar la estabilización física y cognitiva del usuario al cesar el consumo. Tal y como lo postula la UNODC (2003) la estrategia utilizada es la intervención farmacológica.

Esto porque permite a las y los profesionales en salud tener un nivel de control sobre el síndrome de abstinencia. La información compartida por las profesionales en Enfermería y Medicina, da cuenta de que éste puede causar mareos, vómitos, sudoración, temblores, ansiedad generalizada, pérdida de apetito, convulsiones, entre otros. Por lo que la medicación logra disminuir molestias y reducir el impacto que puede tener sobre la condición de salud, siendo una herramienta de primera mano.

En esta etapa, destaca la participación de la profesional en Enfermería y Medicina; la primera según las y los funcionarios entrevistados es generalmente quien hace el contacto inicial, después del proceso de admisión e ingreso. Su intervención es a través de una entrevista que busca valorar el estado de salud del usuario al ingresar, es por lo anterior que dentro de sus tareas está la revisión de: signos vitales, presión arterial, peso, índice de masa corporal, temperatura, glucosa en sangre, tamizaje, deshidratación, padecimientos y medicación.

Cuando el usuario trae referencia de IAFA, generalmente este ente ya ha facilitado la medicación para la adicción y la medicación para la patología dual -cuando hay diagnóstico-. Así que, después de brindar un diagnóstico inicial sobre su salud, la Enfermera promueve la adherencia al tratamiento. Debido a que la profesional está contratada un cuarto de tiempo, y la modalidad es residencial, la vigilancia de la medicación también recae en el Administrador de turno.

Seguidamente, se tiene el contacto con la profesional en Medicina, que debe resguardar el bienestar físico del usuario durante el proceso de desintoxicación, por lo que es preciso ahondar en su condición de salud. Así que, mediante la primera entrevista hace una recopilación médica considerando: enfermedades que padece, si hace uso de medicación, cirugías, dolencias, síntomas. Aunado a la historia de consumo propia y si existe en el círculo familiar: sustancia de consumo, cantidad, frecuencia, vía de administración, motivación de consumo, si ha participado en otros procesos de rehabilitación, como principales puntos.

Asimismo, interesa determinar si hay presencia de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y trastornos mentales, a fin de atender también padecimientos paralelos a la dependencia que obstaculizan alcanzar una condición de bienestar. Cabe destacar que la profesional en Medicina no diagnostica estos últimos, ya que es necesaria una especialización.

Según las y los entrevistados, se tiene un convenio con la Clínica Marcial Fallas Díaz, centro de salud al que le corresponde la atención a la comunidad de Desamparados; con el convenio la Clínica dota mensualmente de medicamentos a la ONG. Estos medicamentos son para atender padecimientos comunes y la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

Este recurso permite que se cuente con un stock de medicamentos para hacerle frente a los síntomas del síndrome de abstinencia y a dolencias habituales de los residentes, sin embargo, al estar limitado a estas enfermedades, aquellas de tipo crónico transmisibles y no transmisibles y trastornos mentales no pueden ser cubiertas.

Por lo que se insta a que los usuarios activen otros recursos, sobresaliendo el engranaje estatal en materia de salud. La CCSS brinda valoración integral y tratamiento a aquellas personas que se acerquen a sus instalaciones para iniciar un proceso de rehabilitación ante

el consumo problemático de drogas, y que además quieran atender los padecimientos colaterales, empero, únicamente a aquellas que cuentan con el seguro social al día.

No obstante, el IAFA no prioriza este requisito, dando la posibilidad a cualquier persona con consumo problemático de acercarse para la valoración médica y para el tratamiento. La valoración que realiza el Instituto de igual forma, no se restringe únicamente a la adicción, por lo que allí, según refieren las y los funcionarios entrevistados, también se puede obtener medicación para las enfermedades señaladas. Por último, el Hospital Nacional Psiquiátrico también sobresale como un apoyo para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad dual.

La profesional en Medicina, da su diagnóstico y concluye con la recomendación del tratamiento, por lo que activa algunos de los recursos disponibles para iniciar y sostener la estrategia de medicación y dar paso a la etapa de desintoxicación. La profesional de Enfermería apoya en todo momento a este objetivo, ya que a diario su tarea es preparar y administrar la medicación, y supervisar el apego al tratamiento.

Según las personas entrevistadas, cada usuario del servicio vive esta etapa diferente, pero la tendencia es que se logre estabilizar en los primeros días la condición física y cognitiva para que participe de las actividades que se han programado como parte del tratamiento. Esto constituye la segunda fase del tratamiento: la rehabilitación.

La etapa de rehabilitación se propone trabajar en los cambios de comportamiento, no obstante, partiendo de los alcances que tiene esta modalidad de tratamiento, las y los funcionarios entrevistados compartieron que las metas de esta etapa son sensibilizar sobre la adicción como una enfermedad crónica –inducción- y motivar para el cambio, es decir para hacer la abstinencia un estado permanente; intención que se reconoce dentro del discurso ideológico que caracteriza al país: el prohibicionismo.

En esta segunda etapa la participación de todo el Equipo Técnico se da en pleno. Por su lado, las profesionales en salud tienen la tarea de motivar a sostener y mejorar el estado de salud alcanzado en el transcurso del tratamiento, es por esto que la profesional en Enfermería

hace uso de la terapia de recreación, como una herramienta para sobrellevar el cambio en el estilo de vida e incentivar a la práctica de actividad física en el grupo de residentes. También, realiza de nuevo un chequeo sobre la condición de salud, para evaluar los avances que se han tenido en relación al estado de salud inicial e incentivar al mantenimiento.

La profesional en Medicina revisa la adherencia al tratamiento y los resultados de la medicación y concluye si es necesario que se continúe con ella, de ser así se informa y orienta al usuario sobre los recursos que puede hacer uso -CCSS e IAFA- para hacer posible la recomendación.

Asimismo, se tiene una entrevista motivacional para concientizar sobre la importancia del seguimiento médico, ya que los daños causados por el consumo problemático demandan atención, recordando que la participación en este programa de tratamiento es solo el inicio del proceso de rehabilitación. De ser necesario, se realiza referencia a un centro de salud para dar continuidad a los chequeos médicos, especialmente cuando existe presencia de patología dual.

A partir del intercambio de información que se tuvo con las profesionales de salud, estas afirman que el principal enfoque teórico que orienta su quehacer es el modelo biomédico, y debido a las funciones que se depositan en las profesionales, la principal técnica que contribuye al cumplimiento de sus objetivos es la entrevista, en dos modalidades: la entrevista clínica en el primer encuentro ya que su finalidad es la valoración y, la entrevista motivacional en el segundo encuentro.

Una vez que el usuario fue valorado físicamente, queda por valorar su estado psicosocial; estrategia que según el UNODC (2003) caracteriza esta etapa en los procesos de tratamiento estructurado. Es aquí donde se suma el trabajo de la profesional en Psicología y la profesional en Trabajo Social.

Las personas entrevistadas confirmaron que no existe un orden en la atención, sin embargo, con la trayectoria que tiene el HSAD, se ha identificado la pertinencia de que sea

inicialmente Trabajo Social quien identifique primero las situaciones sociales que caracterizan la realidad del usuario, para que posteriormente Psicología indague en los aspectos psíquicos.

La profesional en Trabajo Social tiene como tarea brindar un diagnóstico sobre la realidad que caracteriza al usuario, por lo cual de manera conjunta se identifican los aspectos que necesitan ser transformados para hacer posible la continuidad de la abstinencia en su reincorporación.

Por ello, en la entrevista inicial se retoman datos personales y datos sobre la situación socioeconómica (esto a través de un instrumento de elaboración propia): edad, estado civil, si tiene hijas e hijos, situación laboral, lugar de residencia, tenencia de vivienda, los ingresos y egresos económicos; con el fin de contribuir en la identificación de posibles detonantes del consumo problemático.

Según la profesional entrevistada, situaciones como las deudas económicas, relaciones tóxicas de pareja, amistades, el ambiente en donde desarrolla su cotidianidad -trabajo, comunidad-, son aspectos que pueden ser factores de riesgo, contribuyendo en la ruta de vulnerabilización o bien son la motivación directa para el consumo.

Además, explora sobre la historia de consumo: edad de inicio, tipo de sustancia, cantidad, frecuencia y vía de administración; se consulta sobre los detonantes que el usuario reconoce y sobre las sensaciones que se busca con el consumo. La profesional valora si anteriormente se había involucrado en un proceso de rehabilitación, de ser afirmativa la respuesta, se ahonda en los avances que se tuvieron y en los aspectos que siguen siendo una limitante para sostener el estado de abstinencia. También, se explica sobre la adicción como enfermedad y se trabaja con el sentimiento de culpa, cumpliendo el eje de inducción.

Es recurrente que la población tenga algún proceso con el Poder Judicial, por lo que parte de la responsabilidad de la Trabajadora Social es conocer la situación y darle seguimiento, siendo la encargada de comunicación entre las entidades a lo largo del proceso

de tratamiento y al finalizar esta es la responsable de brindar un informe social de avance según la información que se solicite. Uno de los principales aportes que la profesión realiza dentro del servicio es mediante los informes.

La profesional en Trabajo Social debe valorar la red de apoyo, esto como parte de los factores protectores que contribuyen al objetivo de mantener el estado de abstinencia. Por lo anterior, se hace recuento junto al usuario de con cuáles personas o grupos tiene un vínculo, cuáles le brindan soporte emocional o espiritual o en los que encuentra empatía para compartir su situación. Estas personas son contactas para confirmar si son parte de la red de apoyo, e identificar la relación con el usuario.

Es usual que la familia encabece esta red, por lo que se recurre a su contacto durante el proceso de rehabilitación. La profesional le cita para una entrevista, cuando la situación se imposibilita, la valoración se realiza vía telefónica, no obstante, la preferencia es en forma presencial. El objetivo de la entrevista es conocer cómo se vive la situación de consumo en la familia, identificar cuál es el conocimiento que se tiene sobre la adicción, si se reproducen estereotipos, si hay relaciones de codependencia; valorando si la familia es un factor de riesgo o un factor protector.

Debido al quehacer de Trabajo Social, la estrategia principal es conocer con qué herramientas a nivel personal, familiar e institucional cuenta el usuario e informar y orientar sobre cómo utilizarlos de manera tal que al salir de la ONG estos propicien su reinserción social.

Desde Trabajo Social también se gestiona si el usuario y la familia desean un internamiento mayor, esto como parte del objetivo que tiene el tratamiento de desintoxicación residencial, por lo que se brinda la información sobre los centros que se tienen a disposición y se acompaña y asesora en el trámite para la admisión e ingreso.

El segundo contacto tiene por eje principal la motivación, tras el fin de que el usuario salga con la intención de mantener el cambio logrado respecto al consumo problemático de

drogas, y que además inicie su reinserción social. Por lo que mediante una entrevista se evalúa los planes que tiene y los recursos con los que puede contar para dar inicio al cambio en el proyecto de vida. Se incentiva a apoyarse de las redes de apoyo reconocidas, una que destaca en las recomendaciones es la de utilizar para el mantenimiento del estado de abstinencia a los grupos de AA y NA.

Según la entrevista realizada, la profesional en Trabajo Social confirma que su intervención está dirigida por el enfoque terapéutico y el enfoque socioeducativo y, ya que es el que más sintonía tiene con los objetivos propuestos en el Programa de Tratamiento, en tanto se busca dar inducción y motivación al cambio. En cuanto a las técnicas más utilizadas, la profesional afirma que es la entrevista semiestructurada.

En cuanto a la participación de Psicología, su finalidad es acompañar al usuario en la identificación de aquellas situaciones que pueden ser el motivo de consumo. Por esto la profesional indaga en la primera entrevista sobre la salud mental del usuario, explorando la presencia de psicopatología, interesa también explorar en la presencia de ideación suicida. Para apoyar el diagnóstico, hace uso del Inventario de Depresión de Beck, un instrumento estandarizado que pretende valorar la gravedad de la depresión.

Seguidamente, se explora sobre la historia de consumo: que sustancia consume, vía de administración, frecuencia, motivación de uso, que pensamientos tiene durante el consumo, que consecuencias le ha dejado el consumo, que lo motivo al internamiento y si hay antecedentes de este, como los principales puntos. Para su diagnóstico la profesional aplica la prueba de Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta en Alcohol y Drogas (CIDI por sus siglas en inglés) instrumento desarrollado por la OMS que permite medir el nivel de dependencia y el impacto que el consumo de sustancias psicoactivas ha tenido en la salud mental.

Se profundiza en la historia personal del usuario, haciendo un recorrido desde la infancia hasta la actualidad, con énfasis en las características del ambiente que lo rodearon,

en los principales acontecimientos, en sus sentimientos ante estos hechos; para proporcionar un recorrido vivencial que permita ver la correlación entre los hechos y la historia de consumo, e identificar cuándo fue que se inició el consumo problemático, el posible detonante y los factores de riesgo que acompañaron la ruta de vulnerabilización.

Para culminar la primera intervención, se evalúa el proyecto personal, la intención de cambio que presenta el usuario, como parte del eje de motivación para ello la profesional en Psicología indaga sobre anteriores internamientos y aplica la Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), la cual estaba basada en el Modelo Transteórico de Cambio de los autores Prochaska y DiClemente.

En el segundo contacto los usuarios tienen la oportunidad de la catarsis, como continuidad a los hallazgos de la primera sesión, con la idea de que el usuario tenga el espacio para expresar los sentimientos que reprime con el consumo de drogas; atendiendo la necesidad de escucha de la población.

Debido al poco tiempo que caracteriza el internamiento en esta ONG, la profesional de Psicología realiza valoraciones y motiva a que el usuario inicie el tratamiento psicoterapéutico al culminar su internamiento. Por lo que orienta en los recursos que se pueden utilizar, en este caso podrían ser casas media, es decir, centros con un programa de tratamiento con mayor duración; o bien la referencia a la CCSS. En específico, la profesional entrevistada compartió que se apoya en los EISAM.

Se refuerza la identificación de los factores de riesgo, ya que se ha demostrado la correlación de estos para detonar el consumo problemático. Además, se da el reconocimiento de los factores protectores, para que el usuario recuerde que también cuenta con herramientas para enfrentar las situaciones adversas que pueden presentarse en su cotidianidad y no hacer el consumo de sustancias psicoactivas el primer recurso, con ello evitar las recaídas o bien activar recursos para sobrellevar estas.

Como parte de la motivación desde el área se estimula al usuario que presenta patología dual, que continúe con la atención y con la medicación. Según la información compartida, la profesional afirma que, desde su experiencia, un aspecto que contribuye a mantener el estado de rehabilitación ante el consumo problemático de drogas es la adherencia a este tratamiento, sin este el porcentaje de éxito en el proceso de rehabilitación es bajo. Por lo que también se realiza la referencia al Hospital Nacional Psiquiátrico, y se recuerda el servicio de IAFA.

Por último, atendiendo los cambios que se deben iniciar para hacer posible la rehabilitación como un estado permanente, la profesional junto al usuario hace una revisión sobre la situación personal, familiar y laboral; estableciendo los aspectos por mejorar, entre ambos se realiza un plan para orientar las primeras acciones de cambio y se estipulan recomendaciones, una que sobresale en la entrevista realizada es la de asistir a grupos de autoayuda AA y Narcóticos Anónimos (NA).

Ahora bien, según la profesional entrevistada, el quehacer de Psicología en el Programa de Tratamiento se sustenta desde el enfoque Cognitivo Conductual (Pavlov, Watson, Skinner, Bandura, Ellis y Beck) y el modelo Transteórico de Cambio (Prochaska y DiClemente), principalmente. En cuanto a las técnicas utilizadas se tiene la entrevista clínica, la entrevista motivacional y la catarsis; la profesional también se apoya de instrumentos estandarizados para realizar su diagnóstico.

Ambas profesionales involucradas en la estrategia de atención psicosocial (Trabajo Social y Psicología), destacaron que su trabajo busca que el usuario se apropie del proceso, “se le hace ver al paciente que el proceso es de él aunque hay personas detrás que no dejan de ser apoyo [...] todo es de él como protagonista de su vida” (persona funcionaria D, comunicación personal, 9 de febrero de 2018), ya que si bien es requisito que la persona desee estar allí, en ocasiones no posee la motivación ni el compromiso para generar los cambios que se propone el programa.

Siendo una necesidad, involucrarlo y hacerlo protagonista como lo afirman las profesionales entrevistadas, ya que si bien el tratamiento en general busca la inducción y motivación, hay un margen en el cual se da la creación del plan de intervención particularizado, hecho que estipula también el Decreto N° 35383, por lo que las metas que las profesionales plantean van a estar sujetas a la información que el usuario comparta y a las ambiciones que él mismo plantee.

Cabe destacar que cada intervención profesional evidencia las directrices que desde la UNODC (2003) se plantean como propuesta básica en el asesoramiento individual para la etapa de evaluación integral que se enmarca en los procesos de tratamiento estructurado.

Desde esta entidad se apela a que el Equipo Terapéutico explore sobre el estado de salud del usuario, área que explora el Administrador en el primer contacto y ahondan Enfermería y Medicina en sus intervenciones, además sobre su salud mental, aspecto que se profundiza en Medicina y Psicología. Del mismo modo Trabajo Social indaga en la situación laboral, en la situación legal y actividades delictivas, y en las relaciones sociales y familiares, abarcando todos los ejes.

Además de lo indicado, las y los funcionarios entrevistados afirman que existe en el programa de tratamiento un trabajo interdisciplinario, en palabras de una persona funcionaria “todos trabajamos en una misma sintonía” (persona funcionaria E, comunicación personal, 6 de febrero de 2018). En sus reuniones semanales de análisis de las situaciones de los usuarios, estas comparten información que ha sido captada durante sus intervenciones y que creen que es importante para el conocimiento del equipo para aportar en el proceso de rehabilitación.

Según la información compartida, da la impresión que todas las profesionales se involucran y conocen al mismo nivel la realidad que caracteriza la situación de cada usuario, sin embargo, la intervención según el criterio del equipo de trabajo no es interdisciplinaria ya que la decisión de cómo guiar la intervención queda sujeta al criterio

de cada profesional, por lo tanto el proceso e atención es la suma de acciones desde cada disciplina.

Además de la atención individual que brinda cada profesión involucrada en el servicio de tratamiento, el programa contempla el trabajo educativo con la estrategia de trabajo grupal, es por esto que también se imparten charlas.

La profesional en Enfermería y la profesional en Medicina imparten charlas sobre la adicción, con el objetivo de sensibilizar y educar para que los usuarios comprendan por qué es considerada una enfermedad crónica. También, se ahonda en su impacto en la salud, destacando el tema de síndrome de abstinencia, al tener mayor información sobre el impacto en la salud, se insta a transformar la percepción del riesgo que se tiene.

Cabe destacar que dichas sesiones consideran temas colaterales que son tendencia cuando hay un consumo problemático de sustancias psicoactivas, un ejemplo de ello son las charlas sobre las infecciones de transmisión sexual.

El tema de recaídas por su parte, está a cargo de la profesional de Enfermería quien educa sobre las implicaciones que tiene la adicción al ser una enfermedad, una de ellas es la posibilidad de perder el control ante el uso. Según la entrevista realizada, la profesional afirmó que se busca que la persona comprenda el impacto que puede tener para su salud y que por ello la prioridad es la prevención.

Así que se orienta en estrategias para afrontar un cuadro de ansiedad por consumir, entre las que se recomiendan, según la información recopilada, los ejercicios de respiración y la práctica de actividad física. De hacer un uso nuevamente de algún tipo de sustancia psicoactiva, se promueve buscar una red para que apoye en la toma de control sobre el consumo y acompañe en la reincorporación a las tareas habituales.

La profesional de Psicología en su participación grupal trata temas relacionados con la adicción como enfermedad, profundizando en las alteraciones que producen las sustancias

psicoactivas en la estructura y funcionamiento del cerebro y el sistema nervioso central. Sumando esto en el esfuerzo por cumplir el objetivo de inducción que tiene este tipo de tratamiento.

Por su lado, la profesional en Trabajo Social guía sus intervenciones socioeducativas en temas vinculados con el consumo problemático, entre los compartidos por la profesional entrevistada están: la autoestima y la auto percepción, debido al detrimento que generó el consumo problemático. Se trabaja también con el grupo de residentes en el manejo de emociones, ya que según la experiencia profesional se reconoce que la poca salud mental tiene relación con la motivación de consumo como una vía para alivianar la carga emocional, así que se motiva a identificar emociones y trabajar en ellas. Por último, se profundiza en el proyecto de vida, como parte del objetivo de motivación del cambio que caracteriza el proceso de tratamiento.

La intervención grupal es reconocida como una de las actividades que según el UNODC (2003) son parte de la fase de rehabilitación dentro de un proceso de tratamiento estructurado. Estas, según la información recolectada, comparten como fin ahondar en la inducción sobre la adicción, contemplando principalmente las implicaciones de la adicción como enfermedad y educando sobre los factores protectores y los factores de riesgo, y la motivación del cambio. Cumpliendo cada profesional con el objetivo que persigue el tratamiento tipo desintoxicación residencial con supervisión médica (Poder Ejecutivo, 2009) sobre educar y orientar al cambio.

Simultáneamente a la intervención que realiza el Equipo Técnico, se encuentra la intervención del grupo de charlistas, estos según el acercamiento que se tuvo al HSAD, asumen un rol de consejeros. Su participación en el proceso de tratamiento es medular, las y los entrevistados compartieron que de lunes a viernes los usuarios participan en tres charlas diarias, los días sábados se imparten dos charlas y los domingos una durante la visita familiar, dando un total de dieciocho charlas a la semana. Debido a la gran cantidad

de interacciones que los consejeros tienen con los usuarios, según el criterio del grupo de trabajo, es esta intervención la que compone el plan de tratamiento.

La metodología de las charlas es magistral, y al ser este un grupo voluntario conformado por egresados del programa de tratamiento de AA la temática principal que se aborda en las charlas es en relación con el modelo de Doce Pasos. Las participaciones no tienen planificación, la única directriz es que la discusión se enmarque en el modelo; esto se considera una limitante pues es necesario que haya una mejor estructura con el fin de evitar la repetición y omisión de la información en sesiones que estén próximas entre sí, lo que a su vez puede originar incomodidad para los usuarios, y que no se trascienda en el proceso de tratamiento.

Las charlas según la información compartida poseen la misma lógica que las reuniones de AA, las personas voluntarias comparten su experiencia con el consumo problemático y sus estrategias para mantener la abstinencia, esto como una herramienta de identificación y de motivación al cambio.

Las entrevistas realizadas arrojaron que los charlistas participan en la tarea de educar sobre la concepción de la adicción, planteando la premisa de que es una enfermedad, esto principalmente para sensibilizar a los usuarios sobre el control ante el consumo problemático y además, para desmitificar las concepciones alrededor de las recaídas. Esta tarea alcanza a la familia, ya que como se señaló durante las horas de visita los días domingo, se dirige una charla hacia las personas visitantes.

Dado que el modelo de Doce Pasos promueve la técnica de trabajo en pares, los charlistas y los residentes propician una relación más estrecha, así que de este grupo muchos cumplen también una función de acompañamiento y orientación, depositada en la figura de padrinos que insta el modelo de AA. Por lo que al terminar el periodo de internamiento, usuarios y charlistas si lo desean mantienen el contacto, estos últimos siendo una red de apoyo.

Al cumplir las dos semanas de estadía, en la que los usuarios cumplieron el programa de tratamiento que consta entonces de una desintoxicación acompañada por profesionales de salud; una inducción y motivación para cambiar el estilo de vida; en donde se efectúan procesos educativos para reeducar sobre la adicción, valoraciones psicosociales para acompañar en la identificación de los detonantes de consumo y brindar recomendaciones para extender el estado de abstinencia e iniciar la reinserción social; se da de alta a los residentes, ya que dentro de la planificación está que el egreso de cualquier usuario será efectuado al culminar este tiempo.

El día de salida, la persona responsable que se presentó el día del internamiento es notificada para que se presente a la organización y brinde acompañamiento y orientación al usuario en su reinserción. Tras el egreso, se espera que el usuario haga uso de otros recursos que le contribuyan a sostener y mejorar el estado de salud alcanzado con la desintoxicación, entre ellos los grupos de AA y NA como red de apoyo, los seguimientos con profesionales en centros de salud o centros de tratamiento con mayor duración, para iniciar tratamiento terapéutico, activación de programas sociales que le permitan cubrir necesidades básicas y ampliar las oportunidades de autosuficiencia.

Respecto al seguimiento y finalización del proceso de tratamiento, las y los entrevistados coincidieron en que la calidad del servicio y el trato de las y los funcionarios es un factor que media en la permanencia de los usuarios. Es por esto que recuperan que es preciso brindar un servicio con calidez, de calidad, que considere la población meta como portadora de derechos.

Sin embargo, existe también la deserción en el proceso de tratamiento, señala una de las personas entrevistadas “algunos viven un día a la vez y cuando se dan cuenta finalizaron los 15 días, pero hay otros que dicen que no por más que le hablen ya no quiere continuar y su actitud corporal y gestual lo indica, se ve el bloqueo” (persona funcionaria D, comunicación personal, 9 de febrero de 2018). En este escenario, el protocolo que la ONG maneja es intervenir al usuario para conocer las causas que lo llevan a tomar esta decisión y

se da contención, ya que generalmente según la información compartida por las y los funcionarios es por un mal manejo de las emociones.

Si no se consigue que el usuario permanezca, se le refuerzan las recomendaciones de asistir a grupos de autoayuda y a continuar el estado de abstinencia, también se le comunica a la familia el retiro. Cuando un usuario decide retirarse sin terminar el programa de tratamiento, la organización lo penaliza, si eventualmente quiere reincorporarse debe esperar alrededor de seis meses.

Al dar por concluido el periodo establecido para la rehabilitación, el vínculo entre el Equipo Técnico y el usuario acaba. Mientras que la relación con el grupo de charlistas continúa, esto debido a que las presentaciones de estos tienen total sintonía con los grupos de AA y NA, así que todos los sábados se realiza una charla abierta para personas rehabilitadas del programa.

El tema principal es trabajar en la prevención de recaídas, o en su defecto sí ya hubo recaída motivar para reincorporarse. Por esto, el charlista a cargo expone sobre factores de riesgo para que las personas participantes monitoreen que situaciones, personas, sentimientos que pueden estar poniendo en riesgo su bienestar mental; así como también se refuerzan los factores protectores, como recursos que deben utilizarse para alejarse de la ruta de vulnerabilización. Si bien, esta acción es una parte del pos tratamiento, corresponde únicamente a una red de apoyo comunal, el plan de seguimiento es recargado en los recursos de afuera, generalmente al aparato estatal. Por lo que se puede afirmar que no existe un plan de seguimiento estructurado dentro del Programa de Tratamiento que brinda el HSAD.

2.3.1.3.4. Relación actual entre la ONG y el engranaje estatal vinculado con la atención del consumo de drogas.

Con las entrevistas a las y los funcionarios, se vislumbró la relación que existe entre su prestación de servicios y las competencias depositadas en el IAFA, el ICD y la CCSS,

aspecto que propone la política pública nacional con la creación del Sistema Nacional de Tratamiento con el fin de mejorar la condición de vida de las personas con consumo problemático de drogas.

El IAFA como entidad rectora se le encarga velar por “la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines” (Asamblea Legislativa, 2002a).

Según las y los funcionarios involucrados en esta investigación entre IAFA y la ONG hay un esfuerzo para desarrollar trabajo conjunto. El Instituto dio orientación en la construcción del Programa de Tratamiento, retroalimentándolo conforme a la normativa vigente, cumpliendo su papel de rector con la fiscalización de los programas de tratamiento a nivel nacional. Además, realiza las visitas de evaluación al menos dos por año, promoviendo el fortalecimiento y mejora en el servicio. No obstante, como se expuso previamente, la labor de IAFA en el marco evaluativo debe trascender, en busca de analizar el contenido y los resultados del proceso de tratamiento.

Debido a las referencias y coordinación que mantienen ambos para el ingreso de personas que buscan iniciar el proceso de rehabilitación, da la impresión que la organización es uno de los servicios en los que IAFA se apoya. Al ser considerado como una opción, implica también que el HSAD ha logrado alcanzar ante los ojos de la entidad rectora, el reconocimiento sobre su labor; en palabras de una de las personas entrevistadas “somos vistos como una solución” (persona funcionaria A, comunicación personal, 7 de febrero de 2018). Lo que lleva a considerar que la propuesta de tratamiento que ejecuta, además de la aprobación formal, ha ganado la confianza y aceptación a nivel social e institucional.

De la misma forma, según lo encontrado, este ente ha sido el responsable de capacitar y actualizar a las y los profesionales, hecho que tiene por fin propiciar una atención de

calidad. A esta actividad también se ha unido el ICD, el cual tiene también responsabilidad según la Ley N° 8204 en el “tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los farmacodependientes” (Asamblea Legislativa, 2002c), como tarea conjunta en unión con universidades también la capacitación ha alcanzado a personas en rehabilitación que se forman como consejeros en adicciones y realizan un trabajo de pares. Aunado a lo anterior, en el caso específico de esta ONG, el ICD contribuye con recursos financieros para proyectos específicos, principalmente para infraestructura; resaltando con estas acciones el esfuerzo por ejercer su tarea como entidad rectora, así como también el llamado al trabajo interinstitucional e intersectorial.

Por su parte, la CCSS esta llamada desde la Ley N°8204 a participar en la creación de centros especializados de atención al consumo de drogas, esta tarea a la fecha se ha concretado con la creación de los EISAM, equipo que como ya se mencionó brinda una atención integral desde los centros de salud para los trastornos mentales, de comportamiento y las adicciones. Siendo un recurso estatal con el que la ONG se apoya para dar atención y seguimiento a la población con consumo problemático de drogas y también al sector de esta población que presenta patología dual.

La información recopilada arrojó que entre los centros de salud de la CCSS y la ONG no hay una comunicación directa, pero las y los funcionarios reconocieron que este recurso especializado, junto a los servicios del Hospital Nacional Psiquiátrico, complementan su quehacer para cumplir el objetivo de una oportunidad de atención; ya que el usuario tiene la oportunidad de hacer uso de estos servicios.

La limitante ante este hecho es que los EISAM son una propuesta reciente, por lo tanto, el número de equipos en funcionamiento hasta la fecha es estrecho, a su vez, la ubicación geográfica puede no favorecer las necesidades de la población. Una característica que comparte con el Hospital Nacional Psiquiátrico son los tiempos de espera, aspecto que interfiere en el seguimiento que se proyecta tener al darse por terminado el proceso de internamiento en las ONG.

El trabajo intersectorial e interinstitucional refleja el impacto que el modelo de desarrollo neoliberal ha tenido sobre las acciones de la institucionalidad pública, en tanto el Estado costarricense ha reconocido la temática como interés público, por ello tiene dentro de su plataforma institucional entidades especializadas, sin embargo no se ha invertido en la creación de centros de tratamiento para la población adulta con problemas de consumo de drogas, por lo tanto la ONG se convierte en el principal ejecutor de la política.

2.3.1.3.5. Apreciación alrededor del proceso de tratamiento.

En el desarrollo del proceso de tratamiento existen retos para las y los funcionarios involucrados, según la información compartida el principal es lograr generar en los usuarios la motivación suficiente para continuar con su proceso de recuperación, ya que para las personas entrevistadas el internamiento de quince días que ofrece el HSAD es tan solo el inicio del cambio, por lo que resulta fundamental que esta etapa haya estimulación suficiente para emprender cambios de conducta, de comportamiento y de proyecto de vida, aspectos medulares para la recuperación.

En cuanto al tratamiento se debe señalar que este tiene sintonía con las directrices establecidas por la normativa estipulada desde IAFA al respecto, ya que el Programa atiende la orden de contar con una evaluación inicial, una construcción de tratamiento, un monitoreo semanal y una participación de las disciplinas de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.

Producto del acercamiento que se tuvo, sobresalen aspectos que se deben fortalecer con miras a lograr la misión propuesta desde el HSAD, uno de ellos es la organización de las funciones que cada parte asume para hacer posible la prestación del servicio. Como se señaló en páginas atrás, las responsabilidades y participación deben tener concordancia con las capacidades del recurso humano, ya que al depositar tareas que no corresponden al perfil de puesto, se vulnerabiliza la calidad del servicio que se puede brindar.

Además, se hace fundamental reflexionar sobre la razón de ser y el objetivo de cada etapa e intervención del proceso de tratamiento, con el fin de que en el contacto funcionario – usuario se alcance el cumplimiento de estos dos aspectos, así cada hallazgo captado se puede volcar en un registro que sirva de insumo para todo el equipo al emprender el tratamiento. Con esta planificación también se logra eliminar la duplicidad de tareas y así no colocar en una posición que revictimice al usuario, ya que en la actualidad el registro se encuentra segmentado por disciplina, obligando a que todo el Equipo Técnico indague sobre la misma información.

En este caso en específico, poder fortalecer el alcance de la entrevista inicial aportaría a mayor fluidez y mayor oportunidad para el acompañamiento del Equipo Técnico, de tenerse un pre-diagnóstico, en las sesiones que le corresponden a cada disciplina no se tendría que explorar de nuevo la misma información, sino que ya con los datos recuperados se profundiza en las áreas de interés del profesional.

Aunado a que, depositar responsabilidades que no están dentro de las capacidades con las que cuentan las personas funcionarias impacta también en el resguardo de los derechos humanos del posible usuario, ya que aun sin tener la experticia queda a criterio de esa persona funcionaria si hace acreedor o no al usuario del servicio, y de cómo ha de desarrollar su intervención, ya que es característico que el recurso humano coloque contenido a estas, volcando sus valores y creencias; de allí lo valioso de reflexionar sobre el perfil y las funciones del talento humano.

Se identificó que existe la presencia de un Equipo Terapéutico con disciplinas diversas que se presta a brindar un tratamiento interdisciplinario, objetivo que se propone desde el Sistema Nacional de Tratamiento, pero según el detalle que se tuvo del proceso de tratamiento, da la impresión que aún falta trabajo por hacer alrededor de esto, en tanto no hay una atención integral si no que una suma de atenciones por disciplinas, hecho que se evidencia en la duplicidad de tareas, ya que cada disciplina actúa desde su ámbito, siendo el tratamiento una suma de intervenciones.

Como parte de la construcción del tratamiento, desde la normativa se recomienda que los planes de tratamiento sean individualizados, no obstante, aunque se reconoce que el Equipo Técnico atiende algunas particularidades en relación con la condición de salud física y psicosocial, el programa de tratamiento medular que corresponde a las charlas de inducción y motivación lo reciben todos los usuarios por igual, llevando a cuestionar la posibilidad real que existe en brindar un plan individual. En tanto la configuración del programa fue pensada para personas con consumo problemático de alcohol, realidad que ha cambiado en la actualidad, donde predomina el policonsumo.

Esta nueva característica implica que la adicción se ha transformado y que las implicaciones a la salud se han intensificado, con ello se demanda de especialización y de un tratamiento riguroso e integral, esto porque las alteraciones en el funcionamiento del cerebro no son de fácil reversión, así como tampoco los daños colaterales a nivel psicosocial. Producto esto, las y los funcionarios del HSAD han tenido discusiones sobre la necesidad de ampliar el tiempo de intervención y la jornada laboral del Equipo Terapéutico.

La duración actual del tratamiento, a juicio de las y los entrevistados, funciona para los objetivos del programa, aspecto positivo para la población consumidora de drogas y para las directrices que se manejan a nivel país para la atención del fenómeno. Pero al considerar la complejidad de la adicción, la población requiere opciones de tratamiento amplias que logren sostener el proceso de rehabilitación, es decir que el trabajo de la ONG es necesario para el cambio pero no resulta suficiente, ya que sus resultados están condicionados a la información que se capte durante las dos intervenciones y a los recursos que puedan gestionar durante los quince días de internamiento. Siendo entonces transferida la responsabilidad de atención a otras entidades, sea las instituciones estatales como ya se indicó o a centros con internamiento de largo plazo.

Esta posibilidad es reconocida y de hecho parte del objetivo de este tipo de tratamiento de desintoxicación ambulatoria, es motivar para que el usuario se incorpore en un proceso de rehabilitación mayor, sin embargo, aunque para la población de hombres haya

disponibilidad de lugares y desde Trabajo Social se oriente para acercarse a la que mejor se adapte a sus condiciones, estos centros para su sostenibilidad fijan una cuota de ingreso mayor, que para personas con consumo problemático y para sus familias no siempre es posible asumir, comprometiendo el plan.

A pesar de lo anterior, las personas entrevistadas afirmaron que al finalizar el periodo de internamiento se perciben cambios en diferentes niveles, los cuales van a darse acorde con el compromiso que el usuario tuvo durante el proceso. Entre los principales están las variaciones en los pensamientos de los usuarios, estos al finalizar la estadía están sensibilizados y comprenden las implicaciones de la adicción como enfermedad crónica, y la necesidad de atender los factores de riesgo y de activar los factores protectores, por lo que el sentimiento de culpabilización disminuye.

Además, refieren las y los funcionarios que hay cambios de conducta, la motivación por trabajar en su proyecto de vida es una constante que no estaba generalmente al iniciar el proceso de tratamiento, este se propicia como resultado en el incremento de la autoestima y de la confianza de ser autosuficiente.

Sobresalió en las entrevistas realizadas, que los cambios físicos y cognitivos se pueden percibir a simple vista; la intervención de los profesionales de salud contribuye a alcanzar un estado de salud más alto del que se tenía al iniciar el proceso de tratamiento, por lo que usuarios llegan al egreso estabilizados, con información y motivación para continuar con la medicación si presenta alguna enfermedad crónica no trasmisible o trasmisible. Sin embargo, es una limitante que no se lleve un registro amplio de esta información, ya que como se destacó en páginas anteriores, el proceso evaluativo interno es insuficiente, puesto que solo se discute la opinión del usuario respecto al servicio. De existir un seguimiento y un análisis de los cambios que percibe el Equipo Técnico y que confirman los usuarios, se contaría con insumos para apuntar las buenas prácticas que tiene el proceso de tratamiento, así como los puntos que se deben fortalecer.

Un aspecto que cabe resaltar dentro de los pilares que componen el tratamiento que brinda el HSAD y que se convierte en una limitante en la prestación de servicios es la duplicidad en la concepción sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Por un lado, producto de la vinculación con el enfoque de Doce Pasos, existe una percepción de que el consumo problemático de drogas escapa del control de las personas por eso dentro de sus principios se apela a reconocer que el control lo tiene un ser superior, premisa que se ha reproducido desde los inicios del centro y afirmación que alcanza a los usuarios rehabilitados del proceso cuando siguen la recomendación de acudir a un grupo de AA o NA.

Esta visión genera que la explicación del consumo se quede en un plano individual y no trascienda, ya que se insta a reconocer que se posee una vulnerabilidad y que no se puede con ella, sin una explicación contextual del origen del fenómeno.

Sin embargo, producto del alcance del paradigma médico sanitario en el país, las personas entrevistadas reproducen también la percepción de que la adicción corresponde a una enfermedad crónica. Lo que implica comprender que la decisión de realizar un consumo problemático de drogas, no es una decisión per se, si no que adquirir esta condición es resultado de factores psicosociales y factores biológicos, por lo que su control requiere intervenciones estructuradas, es decir un tratamiento; coexistiendo entonces ambas interpretaciones.

Estas concepciones no se niegan entre sí, no obstante, la manera de comprender el fenómeno guía la intervención ante este, de allí la importancia de homogenizarla. Ya que dentro del proceso de tratamiento formulado por el HSAD las interpretaciones compiten entre sí, por su parte el grupo de charlistas reproducen principalmente el modelo de Doce Pasos, en tanto que el Equipo Técnico el modelo médico sanitario.

Asimismo, en relación con el enfoque médico sanitario, el grupo de trabajo considera que el avance hacia este y la superación del enfoque ético jurídico impactó de manera

positiva la condición de salud de las personas con consumo problemático de drogas, ya que generó oportunidades de atención, tejidas desde el interés público, participando Estado y sociedad civil. Pero al mismo tiempo se comparte con Romaní (2003) la advertencia de tener cuidado con considerar la persona consumidora de drogas como una persona enferma, ya que esto puede generar que se le asigne una condición pasiva, y en algunas situaciones hasta una condición de víctima, restando responsabilidad en sus acciones y limitando la apropiación de su proceso de rehabilitación.

Se hace necesario también reflexionar sobre el concepto de salud que reproducen las y los funcionarios y el paradigma de atención con el que guían su actuar dentro del proceso de tratamiento. Según la información compartida por las y los entrevistados, da la impresión que en su totalidad las intervenciones se enmarcan dentro del paradigma de atención de la enfermedad. Esto porque el objetivo del tratamiento es rehabilitar, hecho que se nutre del paradigma biologista en el que el estado de salud es la ausencia de enfermedad.

En suma, la conceptualización sobre el consumo y el plan de tratamiento del centro se adscriben al enfoque prohibicionista, hecho que tiene sintonía con el enfoque que se reproduce como país en la política pública. La evidencia principal encontrada a través de las entrevistas de las y los funcionarios es que en su discurso el tratamiento se hace con el fin de lograr la abstinencia total, es decir es un tratamiento de cero tolerancia; además, con el trasfondo de las drogas como chivo expiatorio. No obstante, los presupuestos de este enfoque han sido cuestionados, la utilización de sustancias psicoactivas ha sido parte de los procesos sociales, culturales y económicos del ser humano; por lo que la medida es irreal, y se ha demostrado lo infructuoso del trabajo en esta línea, pero, aun así, el enfoque tiene vigencia en el caso del HSAD.

2.3.2. Asociación Cristiana Benéfica Caleb.

En este apartado se procederá a describir y analizar el tratamiento que brinda la ACBC a personas que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas, esto como

ejemplo empírico del nivel de ejecución de la política pública. En primer lugar, se presentará una caracterización de la organización, para posteriormente enfocarse en el proceso de tratamiento que la organización brinda, y sus respectivos resultados.

2.3.2.1. Origen, marco filosófico y estructura organizativa.

La ACBC se encuentra ubicada en el distrito primero del cantón de Desamparados, San José y nació por iniciativa de una persona que tuvo problemas de consumo, siendo el actual representante legal de la organización. Esta persona dada su condición de dependencia hacia sustancias psicoactivas decidió ingresar a un centro de rehabilitación llamado REMAR¹⁹, en donde realiza su proceso de tratamiento logrando mantenerse en abstinencia, de forma tal que incluso se establece como un líder, pues es enviado a diferentes países con el propósito de dirigir otros centros similares, llegando a trabajar con población con problemas de consumo, portadoras de VIH, personas menores de edad y pandillas.

Posterior a su labor dentro de REMAR, esta persona decide volver a Costa Rica y junto con su esposa fundan la Asociación Cristiana Benéfica Caleb. En sus orígenes, esta entidad brindaba servicios de alimentación, higiene personal y albergue para personas en situación de calle; la infraestructura era reducida, no contaban con profesionales, ni un programa definido ni con los trámites legales para establecerse como asociación. Sin embargo, de manera progresiva fueron creciendo, constituyéndose como tal el 30 de julio del 2009.

Según alude una de las personas entrevistadas, el IAFA les exige que para poder brindar tratamiento a personas con dependencia a drogas debían crear un programa:

ha sido un cambio a nivel nacional verdad porque vino el IAFA a decir “mirá o sea usted tiene las buenas intenciones pero que vamos a hacer con este montón de gente solo comiendo y durmiendo, si al final se van a ir, van a seguir consumiendo, van a seguir delinquiendo, va a seguir estando en la cárcel”, entonces ahí es donde entra pues

¹⁹ Organización de origen español con sedes en diferentes países, en el país sus labores dieron inicio en el año 1994.

todo ese proceso de que no mirá, hagamos un plan de tratamiento, no mirá tenemos que enfrentarnos con herramientas (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

Por lo que la organización inicia el proceso de acreditación ante el ente rector, respondiendo a lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 35383, en donde también se empieza a involucrar profesionales, en este caso Psicología fue quien se encargó lo anterior.

Si bien la ACBC no forma parte de las organizaciones pioneras, ni surge en el contexto de la década de los ochenta donde hay una proliferación de estas entidades a nivel nacional, efectivamente nace dentro de un Estado neoliberal, que en lo que respecta al tratamiento a personas que presentan un consumo problemático, se le ha delegado responsabilidad a la sociedad civil a través de las ONG.

Lo anterior permite reflejar las dimensiones de las ONG señaladas por Pérez, Arango y Sepúlveda (2011), específicamente la dimensión política pues están siendo parte del desarrollo de las políticas públicas en el nivel de implementación, así como la dimensión social ya que se encuentran apoyando en situaciones de interés público mediante la prestación de servicios sociales, en este caso con población con problemas de consumo de drogas.

Kast y Rosenzweig (1998) señalan que cualquier organización de este tipo se encuentra conformada por una serie de elementos internos y externos que están en constante interacción, y que son fundamentales para el fin que esta desea alcanzar. Algunos de ellos, brindan una mayor claridad del trabajo que se emprenderá pues marcan la ruta a seguir, dichos autores señalan entre estos los valores y objetivos, y Chiavenato (2007) agrega la misión y visión; es decir, lo que se entiende por marco filosófico.

Este componente permite que las acciones que la organización lleve a cabo se desarrollen bajo determinados preceptos, en el caso de la ACBC coloca como misión:

Trabajar directamente con personas drogodependientes habitantes de calle en estado de abandono en su gran mayoría, ofreciendo un programa que va dirigido a una demanda nacional. Con equipo altamente calificado, con disposición humana y técnica, que con responsabilidad y alta calidad moral cristiana, brindamos a nuestros pacientes una oportunidad de cambio en su estilo de vida y la de sus seres queridos, logrando hacerles entender a través de nuestro programa de intervención terapéutica biopsicosocial lo que es la enfermedad de la adicción y las consecuencias que el consumo de las mismas trae a sus vidas y a su entorno, logrando así su adaptación al medio social y familiar, dándole de esta manera herramientas a la familia y al paciente para la consecución de habilidades que le permitan detener su consumo y mejorar su adaptación al medio social. (ACBC, s.f.a, p.6)

En relación con la visión, se propone:

Poder tener un centro multitudinario que pueda brindar un programa que pueda alcanzar a todas las personas con problema de drogas o alcohol sin distinción de color, raza, religión o estatus económico; añadir o modificar continuamente nuevos servicios que aumenten los resultados positivos de los pacientes y aumentar nuestro conocimiento y el uso del mismo para lograr establecer un programa de rehabilitación de excelencia a nivel nacional. (ACBC, s.f.a, p.6)

Los valores que orientan su labor son el “amor, honestidad, responsabilidad, compromiso, solidaridad, obediencia, respeto, tolerancia, liderazgo compartido, perseverancia e integridad” (ACBC, s.f.a, p.6).

A partir de lo señalado se visualiza que la organización tiene una filosofía desde una postura religiosa particular, en este caso desde lo que expresa en la misión y lo señalado por diferentes funcionarias y funcionarios, es de naturaleza cristo-céntrica. Específicamente, dos de las personas entrevistadas señalan que es de carácter evangélico:

“sí es evangélico” (persona funcionaria Z, comunicación personal, 13 febrero 2018)

“en realidad es cristiano evangélico” (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018)

Tal situación se vincula con que las personas fundadoras se caracterizan por ser pastores de este tipo de Iglesias. Entonces, las acciones que desarrollen como organización deben regirse por una moral cristiana, presentándose así una transferencia de creencias que recorre toda la organización, incluyendo el plan de tratamiento que se brinda a las personas usuarias.

A pesar de ello, una de las personas entrevistadas comenta que los residentes tienen la libertad de practicar su propia religión:

Aquí pueden ellos profesar eeh, llamarse católicos pero (...) tiene que respetar el horario del devocional, el horario del culto, incluso la señora que ahorita está dando el devocional es católica, ella es quien le da la palabra (...) también vienen personas de afuera, de por ejemplo “Pasión por las Almas” eeh del OIJ, de otras iglesias a compartir (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018)

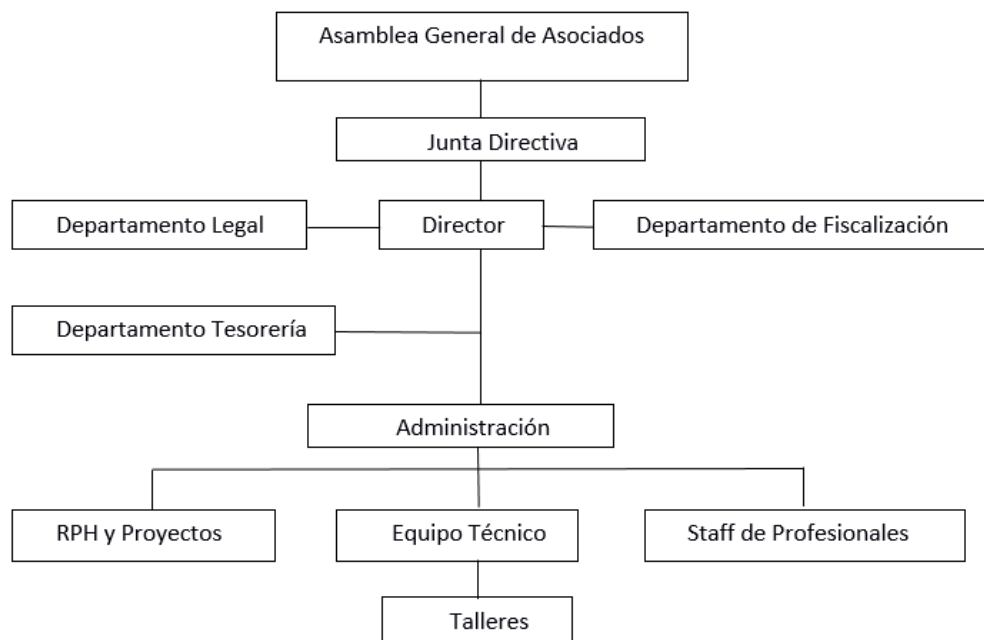
No obstante, el hecho que sea parte del marco filosófico coloca en sí mismo un posicionamiento, que puede ir en detrimento de las creencias de las personas que son partícipes de esta entidad.

Sobre este aspecto y en vinculación con el surgimiento de las ONG, aunque como se señaló, la ACBC no emergió en el periodo de auge de estas entidades a nivel nacional; se comparte lo señalado por Reuben (citado en Briceño, 1996), Bejarano y Viquez (1996) y Prado y Calderón (1996), quienes apuntan que estas nacieron a partir de diferentes iniciativas, entre estas las provenientes de la Iglesia; si bien se refieren principalmente a la Católica, estas se basan en premisas cristinas y en la filantropía, lo que da espacio a esta en la participación en el nivel de la ejecución de la política pública.

Por otra parte, en la misión de la ACBC se puede evidenciar el discurso médico-sanitario en el empleo de término “enfermedad de la adicción” y “paciente”; además de la influencia de una política prohibicionista al tener como fin detener el consumo.

Otro de los elementos señalados por Kast y Rosenzweig (1998) que forma parte de una organización es la estructura, según los autores a partir de esta se establecen las funciones, jerarquías y relaciones entre los miembros del equipo, que de forma esquemática se expresa en un organigrama, para la ACBC se presenta la siguiente figura:

Figura 8. *Organigrama de la Asociación Cristiana Benéfica Caleb, 2018*



Fuente: Réplica de rótulo de la ACBC (2018)

Las y los funcionarios entrevistados cuando se les consultó sobre la estructura organizativa, hicieron referencia principalmente a la Asamblea de Asociados, la Junta Directiva y el Equipo Técnico, pero no lograron reconocer en su mayoría a las personas integrantes:

Esto es una asociación se compone con una Junta Directiva la cual tiene vicepresidente, secretario, fiscal, tesorero y el presidente verdad que es el representante legal, entonces esto es por junta directiva se compone por ahí. Se compone también por lo que es este bueno el Equipo Técnico verdad (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

“Está la Junta Directiva que son bueno el dueño, y tesorero, y la administradora, y no me acuerdo ahorita realmente, ah bueno y el representante legal, y aparte estamos el Equipo Técnico” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

El director (...), la Asamblea General de Asociados y lo que es la Junta Directiva no los conozco a todos (...) el departamento legal (...) Departamento de fiscalización y eso en sí de tesorería y eso yo no conozco los nombres porque eso ya es más administrativo (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018)

“Tiene una Junta Directiva, tiene tesorero, tiene contador creo que es, está el representante legal, una voluntaria de recursos humanos y ya está aparte el Equipo Técnico” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 15 enero 2018)

“Bueno diay son un montón de personas verdad que no las tengo ahorita exactamente, pero sí, esta por medio (...) hay una Junta Directiva” (persona funcionaria Z, comunicación personal, 13 febrero 2018)

En cuanto a las funciones de cada área, solo reconocen la labor de las últimas dos, la Junta Directiva según manifiestan se encarga de la parte de relaciones públicas y de conseguir fondos para la sostenibilidad de la asociación.

Por su parte, el Equipo Técnico está liderado por la Dirección Técnica –rol asumido por la profesional en Psicología- quien es responsable de velar que el programa aprobado por IAFA se esté cumpliendo, debe estar en comunicación con dicho ente rector y supervisar que las personas integrantes del equipo estén cumpliendo con sus labores. Además de

Psicología, el equipo está compuesto por: la persona administradora, Consejería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, quienes ejecutan el plan de tratamiento y desarrollan la intervención con las personas usuarias.

Con estos se presenta una situación particular, y es que al consultarles por el o la profesional en Consejería la mayoría referían al administrador, señalando que dirigía las sesiones del modelo de los Doce Pasos. Sin embargo, cuando se le consultó directamente a este por sus funciones en Consejería, señala que es otra persona quien realiza tal función.

Si bien, tanto la persona consejera como quien administra recibieron capacitación sobre el tema, es solamente una de ellas quien desarrolla las sesiones, la cual no se mencionó por la mayoría del equipo; lo que refleja una confusión de parte de ciertas personas sobre las labores de otras y otros miembros de equipo.

Desde lo compartido por el administrador de la ONG, sus funciones son múltiples entre estas señala: estar en recepción, relaciones públicas, realizar el proceso de admisión de las personas que ingresan al proceso de tratamiento, dar contención a la población meta cuando el grupo de profesionales no está, ayudar en la resolución de problemas entre los residentes, reunirse y estar en constante comunicación con el Equipo Técnico.

En lo que respecta a la relación entre la Junta Directiva y el Equipo Técnico se visualiza distante, la Junta se reúne mensualmente de forma separada y toma las decisiones, información que luego es comunicada a la Directora Técnica, quien comparte lo reportado al resto del equipo; esto demuestra que a nivel administrativo la Junta es quien tiene una mayor jerarquía.

A lo interno del equipo, estos se dividen las tareas de forma equitativa, mediante reuniones semanales, manteniendo una comunicación constante, y en caso de cambios repentinos se comunica en primera instancia a la Directora Técnica, y luego al resto de equipo; sin embargo, la Consejera no se reúne con este de forma regular. En general, se puede afirmar que desde el área técnica existe un modelo de toma de decisiones más abierto

(Kast y Rosenzweig, 1998), pues constantemente se están retroalimentando entre sus miembros, no obstante se requiere incluir de forma activa al área de Consejería para que lo anterior se cumpla de mejor manera.

Lo expuesto permite afirmar que existe poca claridad sobre la estructura organizativa de la organización por parte de sus funcionarias y funcionarios, lo cual se percibe como una limitante pues al no existir un conocimiento integral sobre el funcionamiento de la ONG se dificulta establecer estrategias de comunicación e integración entre las partes cuando sea requerido. Además, la toma de decisiones al ser de tipo centralizado dificulta los canales de comunicación, especialmente cuando desde la ACBC el principal contacto que existe entre la Junta Directiva y el Equipo Técnico es mediante las personas a cargo de la coordinación de cada instancia, impidiendo la participación real de las y los demás miembros.

Tomando como base lo anterior, se cuestiona sobre la posibilidad de procesos de reflexión interna sobre la organización en sí misma y el proceso de tratamiento que se facilita, ya que, aunque la Junta Directiva no tenga un contacto directo con la población meta como lo tiene el Equipo Terapéutico, y este último no se esté a cargo de labores como relaciones públicas o búsqueda de recursos, son aspectos que deben ir de forma conjunta. Entre mayor participación exista, mayores serán las propuestas para mejorar como ONG, tanto administrativa como técnicamente, debido a que un elemento impacta al otro, precisamente Kast y Rosenzweig (1998) señalan que es necesario obtener insumos de diferentes fuentes con el fin de abrir el proceso y evitar caer en la rutina.

Los procesos rutinarios carecen de creatividad y se vuelven rígidos, y tomando en consideración que la realidad es cambiante y la complejidad del trabajo con las personas que presenta un consumo problemático de drogas, una única respuesta no es adecuada. De la misma manera, estos espacios de reflexión continua entre la organización como un todo permitirá acercarse al cumplimiento de la visión propuesta, que como se expuso previamente tiene la intención de mejorar continuamente los servicios y lograr un programa

de excelencia a nivel nacional; si estos espacios no se facilitan el trabajo que se realice será fragmentado, y por ende las respuestas serán aisladas.

De acuerdo con lo expuesto, una limitante identificada por las personas participantes es la falta de claridad y orden dentro de la ACBC, por lo que señalan la necesidad de mayor apoyo en los asuntos administrativos, situación que se visualiza con los acercamiento realizados. Un ejemplo de ello es la diversidad y multiplicidad de funciones que tiene el administrador, las cuales fueron descritas anteriormente.

2.3.2.2. Componente administrativo.

2.3.2.2.1. Procesos de planificación y evaluación.

Generar una debida planeación y evaluación es fundamental para cualquier organización, ya que de esta forma se concreta el trabajo de acuerdo con los objetivos, tomando en cuenta los recursos que se posean, lo que a la vez permite contemplar el grado de cumplimiento de los mismos.

En lo que respecta a los procesos de planificación dentro de la ACBC, en primera instancia se debe hacer alusión al *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas* que se presenta al IAFA, la misma entidad rectora facilita la guía que deben de entregar en la cual se establecen aspectos como: datos generales de la organización, características de Junta Directiva, justificación para plantear un servicios de este tipo, marco conceptual y filosófico, localización, población beneficiaria, objetivos, metas, indicadores, actividades, métodos y técnicas, recursos (materiales, humanos y financieros), evaluación y resultados.

De forma inicial este documento fue construido por Psicología, ya que en su momento era la única área técnica, de hecho llama la atención que debido a esto y a que requerían la aprobación de IAFA, esta misma área fue la que se encargó de redactar incluso la labor de otras profesiones; lo cual se considera contraproducente, pues aunque haya cierto nivel de conocimiento de lo que realizan otras profesiones, realmente no se tiene una comprensión

real de sus labores. Sin embargo, de acuerdo a como se fueron incorporando más profesionales, estos fueron modificando y mejorando su perfil ocupacional dentro del documento.

Efectivamente ha habido un esfuerzo por parte de la organización en mejorar el programa que se entrega al ente rector, donde las mismas profesiones incorporan sus propias observaciones; no obstante, parece ser que la construcción de dicho documento es producto del aporte de cada disciplina de forma individual, y en donde nuevamente la Junta Directiva no tiene injerencia.

Lo anterior se ve como una limitante, pues parte de fomentar una atención integral es que desde el proceso de construcción del programa las diferentes profesiones presentes reflexionen en colectivo sobre los fundamentos teórico-metodológicos, técnico-operativos y ético-políticos más adecuados, desarrollando sesiones de retroalimentación en donde la Junta también sea parte, no sólo para que conozca la forma en que se desarrollarán los servicios, sino para que forme parte del proceso de creación del mismo desde su propio conocimiento.

Además de este documento, la entidad cuenta con normativa interna entre la que se destaca el Reglamento Interno tanto para la población usuaria como para el grupo de profesionales, un Manual de Puestos donde se especifica la labor de las y los funcionarios involucrados en la ONG; los cuales son requisitos de IAFA descritos en el Decreto N° 35383.

En cuanto a la planificación de cada departamento, nuevamente se ve una división entre la Junta Directiva y el Equipo Técnico, debido a que cada uno programa sus actividades de forma separada. Según señala una de las personas entrevistadas, la Junta se reúne de manera mensual en donde se decide lo que se va a hacer y, al mismo tiempo evalúan el trabajo que han hecho: “sí se hacen reuniones mensuales entonces digamos el representante legal hace reuniones con los encargados verdad y ahí pues se coordina verdad, lo que se va

a hacer, como se trabajó verdad” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018). En ocasiones, el representante legal y la directora técnica se reúnen para deliberar sobre asuntos que requieren la participación de ambas partes: “digamos de que estemos la junta directiva y el equipo técnico no. Como le digo es más de representante legal y dirección técnica, nosotros dos hablamos” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018).

El hecho que la Junta se encargue de planificar y evaluar de manera mensual mediante una reunión resulta complejo, ya que ambos procesos requieren de discusiones y revisiones de elementos diversos y profundos que difícilmente se resuelvan de tal manera. Se cuestiona si estos encuentros que se realizan se enfocan en cuestiones de trámites o asuntos urgentes de la ACBC, y no de un proceso de planificación y evaluación de la organización en su conjunto. Además, se repite el hecho de que no hay una participación de otras y otros miembros de la ONG, como lo es el Equipo Técnico, el cual se ve afectado de forma directa por las decisiones que se tomen en estos espacios.

Este último por su parte, se organiza el primer día de cada semana en el cual construyen un cronograma de actividades, dividen tareas y se discuten sobre asuntos emergentes. En lo que respecta a su proceso evaluativo, hay dos tipos: desde las personas usuarias hacia el grupo de profesionales y el programa de tratamiento, para esto existe un buzón de sugerencias que se coloca cada quince o veintidós días; y de la directora técnica al resto de profesionales, la cual se desarrolla en los encuentros semanales donde se valora el cumplimiento de labores, y además mensualmente presentan un reporte escrito.

Con respecto a la valoración que realizan las personas usuarias, se considera que es valioso conocer la perspectiva que tiene la misma población participante que recibe los servicios, pues estos son quienes vivencian todo el proceso. Sin embargo, tomando como base lo descrito, parece ser que no existe un proceso de evaluación del programa de tratamiento en sí mismo con criterios definidos.

Otro esfuerzo a nivel evaluativo que se señala es el realizado desde el IAFA, cumpliendo con sus funciones según la Ley N° 8289 y el Decreto N° 35383; el ente rector lleva a cabo visitas no programadas a la ONG, revisa manejo de expedientes, conversa con algunos de los usuarios y verifica que el tratamiento se esté llevando a cabo según lo establecido, así lo menciona una de las personas entrevistadas:

En el expediente se meten los instrumentos y se meten las valoraciones de los tres profesionales, de Consejería (...) y lo hacemos de esa forma por si el IAFA algún día cae o viene a hacer una visita, que al IAFA es al que hay que rendirle cuentas con relación al plan de tratamiento (...) por lo general es una al año para revisar que todo esté yendo como lo dice el programa (persona funcionaria Y, comunicación personal, 15 enero 2018)

A partir de esto, se visualiza que esta entidad estatal desarrolla un trabajo más de inspección o de control en el cumplimiento de normas que de tipo evaluativo.

Por lo tanto, se presentan limitaciones tanto a nivel de planeación como de evaluación, en el ámbito interno como organización y externo con el ente rector, al no ejecutarse procesos de este tipo, no hay certeza de la eficacia y calidad de los servicios. Entonces, es necesario una mayor vinculación entre los diferentes departamentos de la organización, y mayor trabajo colaborativo entre la ACBC y el IAFA, para lograr desarrollar evaluaciones en función de los contenidos del programa de tratamiento y mejorar la atención que se brinda.

2.3.2.2.2. Recursos financieros, materiales y humanos.

Siguiendo a Kast y Rosenzweig (1998) estos “son necesarios para realizar los planes, y es responsabilidad de la administración integrar los recursos requeridos” (p.423), es decir, los recursos son los que permiten que las acciones planeadas tengan forma de ejecutarse; se van a hacer referencia a tres tipos: los financieros, los materiales y los de carácter humano.

Desde lo encontrado en las entrevistas se identifica que la ACBC recibe principalmente dos tipos de recursos: de categoría pública y de categoría privada.

A nivel *financiero* y de índole estatal se cuenta con la contribución del IAFA²⁰, subvención que es utilizada para pagar los salarios de las y los profesionales de Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Psicología. La JPS es otra de las entidades públicas que financia la organización, así lo señala una de las personas entrevistadas “nos está dando fondos la Junta de Protección Social” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018).

Otra entrada monetaria que recibe la ACBC es a partir de la cuota que se le solicita a las personas usuarias mensualmente, sin embargo “esas entradas no son como el fuerte de aquí” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 15 enero 2018).

Sobre la distribución del presupuesto, el grupo de profesionales entrevistados refiere ignorarlo debido a que es información a la cual no tienen acceso, sin embargo tres de ellos reconocen que no es suficiente, uno señala que depende de la cantidad de personas en tratamiento y otro expone que sí puesto que sigue en pie:

“No, para nada (...) el IAFA ahorita lo único que está pagando son nosotros tres como profesionales verdad, pero di casi todos los centros son alquilados y todo eso” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

“No por lo general siempre hace falta” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 15 enero 2018)

“Nunca alcanza, porque en realidad nunca alcanza, quisiéramos verdad, obviamente, quisiéramos ojalá poder tener más más entradas, para poder pues seguir ampliando,

²⁰ Según IAFA (2017c) fue por un total de ¢23 100 000 para el año 2017

seguir viendo de qué manera poder seguir ayudando aún más” (persona funcionaria Z, comunicación personal, 13 febrero 2018)

“Más o menos, hay meses que sí, hay meses que no, depende de la cantidad de población que haya acá también” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

“Se ha mantenido ocho años, sino ya estuviera declarado bancarota o ya no estuviera el lugar” (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018)

Se considera que el hecho que se desconozca el recurso disponible es un fallo de comunicación, es necesario que el equipo tenga conocimiento de dicho dato, pues este es uno de los componentes que les permite llevar a cabo el tratamiento. Las fuentes de financiamiento impactan a toda la organización, aunque se posea el mejor recurso humano y un programa de tratamiento eficaz, sino hay un capital sostenible no se puede llevar a cabo.

Además, el hecho de conocer la manera en que se asignan los ingresos permitiría analizar si estos están siendo utilizados de forma adecuada, o si es necesario aumentar o disminuir ciertas partidas presupuestarias.

En lo que respecta a *recursos materiales* de categoría pública, se identifica la participación del ICD, el IMAS y nuevamente la JPS. La colaboración que brinda el ICD se da desde el Convenio Marco, mismo que se encuentra respaldado por el Decreto N° 36948, en el cual se donan o se dan en calidad de préstamo bienes que haya sido decomisados por parte dicha entidad.

De esta misma manera, el IMAS concede bienes a organizaciones catalogadas de bien social, pero desde lo que señala una de las personas entrevistadas, también se encarga de becar a personas que no cuenten con los recursos para ingresar a la ACBC para recibir tratamiento, este trabajo se realiza de forma interinstitucional:

Ya nosotros digamos si vemos que están en una total situación de calle, entonces digamos se becan por acá, digamos nosotros decimos ok no paga, pero ya después se manda como un informe al IMAS de la cantidad de personas y ya el IMAS gira (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

La JPS se encuentra tramitando con la ONG la donación de un lote para la construcción de nuevas instalaciones, la cual desde lo compartido por una de las profesionales “ya está todo aprobado pero no está firmado” (persona funcionaria W, comunicación personal, 16 abril 2018).

El apoyo material que se recibe de corte privado se da a través de donaciones de diferentes organizaciones o empresas, siguiendo lo mencionado por el equipo, algunos de estos son: el banco de alimentos, quienes les venden los artículos a un precio mucho menor que el costo real; la compañía KFC y la panadería Lee que les dona de sus productos; la Cruz Roja, CENADA, entre otros.

Ahora, se considera necesario realizar un énfasis en las instalaciones, ya que, Quesada (2016) en su estudio recupera la importancia que tienen estas en el proceso de tratamiento de las personas con problemas de consumo. La ubicación física del edificio es de fácil acceso tal y como se establece en el Decreto Ejecutivo N°35383; en cuanto a su estructura es de dos plantas, en la sección superior se encuentran las oficinas del Equipo Técnico, las cuales son poco espaciosas y se encuentran muy cerca la una de la otra.

En la parte baja se encuentra la recepción, la oficina de la encargada de recursos humanos, un aula laboratorio que al momento de la investigación se encontraba deshabilitada, un patio de cemento en donde tienen talleres de muflas y mecánica, y un salón grupal.

De forma adjunta, hay otra edificación donde se encuentra en la parte baja una sala de estar y la cocina, y en la planta de arriba un total de cuatro habitaciones con camarotes, que se deben distribuir entre la cantidad de residentes, que como se mencionó el máximo es de

veintiséis personas. También, hay dos baños, uno de ellos se encuentra en uno de los cuartos, y el otro está independiente que es compartido entre toda la población.

Esto evidencia que el inmueble de la ONG no fue creado originalmente para el fin que persigue, sino que había una estructura original que se fue modificando o añadiendo desde lo que se iba requiriendo. A pesar de que esta es de fácil acceso en transporte público como lo solicita el IAFA, se encuentra localizada en una calle muy transitada por vehículos y autobuses; escenario que provoca gran cantidad de contaminación sónica, sumado al ruido que genera los talleres cuando están activos.

Esto último, así como las características que presentan las oficinas, provoca una serie de interrupciones y una falta de privacidad en las atenciones individuales, afectando no sólo el tema de confidencialidad sino que puede ocasionar que los usuarios no se sientan seguros, y por ende que no logren expresar sus sentimientos y pensamientos, mismos que son fundamentales de trabajar en este tipo de situaciones.

Aunado a lo anterior, se presenta una ausencia de espacios de recreación, si bien dentro del lugar hay algunas máquinas para realizar actividad física, estas parecen estar en mal estado; y de igual forma, la zona es reducida.

Lo descrito demuestra a nivel de infraestructura se requiere de aspectos de mejora, el espacio es insuficiente no sólo para el Equipo Técnico sino para la población meta, afectando tanto la labor profesional como el proceso de recuperación de las personas usuarias, ya que se conciben como factores que generan estrés, y el estar en abstinencia y en tratamiento ya en sí mismo resulta abrumador. A pesar de ello, se debe reconocer el esfuerzo que está llevando a cabo la ACBC para obtener un terreno a través de la JPS y mejorar las condiciones de las instalaciones.

En relación con el *recurso humano*, dado que este estudio se enfoca en el tema de tratamiento, se hará referencia únicamente a las personas encargadas de esto. Como se mencionó previamente, el Equipo Terapéutico se encuentra conformado por: Trabajo

Social, Psicología, Terapia Ocupacional, Consejería y la persona administradora. Se cuenta con una persona por cada área, los primeros tres con grado de licenciatura tal y como lo establece el IAFA; y en el caso de la persona Consejera, con la capacitación requerida en adicciones, sin embargo, desde el Decreto N°35383 se demanda un profesional de cada área por veinticinco usuarios, y en la ACBC se señala que la capacidad máxima es de veintiséis personas.

Asimismo, dicho Decreto Ejecutivo establece que para el tipo de programa que tiene la ACBC se debe contar con un profesional en Medicina con especialidad en Psiquiatría al menos un cuarto de tiempo, el cual no se tiene. De hecho, dos de las personas participantes señalan la necesidad de un profesional en Enfermería o Medicina, así como un profesional en administración:

“tendría más tiempo un Enfermero ¿Por qué? Porque Enfermería es muy necesario, por los medicamentos, porque ellos siempre se sienten mal, por el síndrome de abstinencia” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

“Médico, o cualquiera en relación a Enfermería, que controle más que todo la cuestión de medicamentos, y tal vez un administrador o un gerente general no sé una cuestión que administre bien la organización” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 22 enero 2018)

Sobre esto, es necesario resaltar que la ONG cuenta con una persona que apoya desde el área de Enfermería, pero no se encuentra dentro de las instalaciones, sino que está encargado de otro edificio que tiene la organización el cual no forma parte del programa de tratamiento en estudio, por lo que de manera eventual o cuando es requerido se dirige al inmueble.

La medicación debe tener un manejo adecuado desde lo demandado por IAFA, este ente ordena que dicha tarea sea ejecutada por personal especializado, no sólo por el síndrome de abstinencia, sino cualquier otro padecimiento que posea la persona usuaria, por lo que se

debe velar por que su tratamiento se continúe. En el caso de la ACBC, esto se encuentra regulado por el profesional de Trabajo Social, dado que este laboró previamente como asistente de pacientes; sin embargo, esta no es una labor que le compete a la profesión, y al mismo tiempo se cuestiona si esta persona cuenta con los conocimientos para realizar dicha tarea.

Cada profesional tiene diferente tiempo de laborar dentro de la organización, quien tiene la mayor antigüedad es el la persona del área de Psicología que estuvo desde los orígenes, las demás profesiones tienen un máximo de tres años, y quien está más reciente siete meses²¹.

Trabajo Social, Psicología y Terapia Ocupacional están contratados por periodo indefinido y con las garantías sociales, en un horario regular de lunes a viernes de 8: 00 am a 5: 00 pm, tal como lo solicita el ente rector. Desde la perspectiva del equipo, tanto la jornada laboral como la cantidad de profesionales son suficientes con respecto a la demanda que se presenta. En ocasiones se puede contar con otro tipo de recurso humano, ya sea por medio de prácticas profesionales o trabajos comunales universitarios, sin embargo, no es algo constante.

Con el Administrador se presenta una particularidad; esta persona no recibe ningún tipo de remuneración por su trabajo, ni posee un horario definido, ya que el acuerdo realizado con la organización fue que se le brinda alimentación y vivienda a cambio de su trabajo, esta persona habita dentro del inmueble y para tomar sus días libres debe de solicitarlo con anticipación para que alguien le sustituya en su ausencia.

Las condiciones laborales del Equipo Técnico parecen adecuadas, pues cuentan con las garantías laborales, seguro, salario fijo; sin embargo, se cuestiona la situación del Administrador, pues vincularse con la población meta prácticamente de manera

²¹ Esto al momento en que se realizó el trabajo de campo

permanente, no recibir sueldo alguno y no tener días libres fijos, afecta la calidad de vida del mismo y el trabajo que realice con los residentes y la organización. Además, esta persona como cualquier otra es sujeta de derechos, que en este caso se están violentando los de carácter laboral.

Con respecto a la experiencia del Equipo Técnico, se evidenció que la mayoría de sus integrantes no contaba con preparación previa sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas. El Decreto N° 35383 establece que el personal debe estar debidamente capacitado en la materia, sin embargo, se presenta una contradicción, desde lo que comenta una de las integrantes del Equipo Técnico:

los profesionales que sabemos de adicciones, son profesionales que tenemos muchos años, que estamos en el mismo lugar y que recibimos el convenio, que recibimos la beca del curso porque estábamos en la ONG, pero una persona que no ha estado en una ONG ¿Cómo va a ir a recibir el curso? (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

Es decir, desde el ente rector hay un mandato de tener profesionales capacitados, pero a nivel nacional existe una carencia de los mismos, por ende, una de las estrategias que utilizan según comenta la persona entrevistada, es contratar a determinadas personas y estando dentro de la ONG, se envían a capacitación; esto fue lo que sucedió en el caso del Equipo Técnico actual de la ACBC. Este interés en la actualización profesional se propuso desde diferentes políticas públicas y planes, como se señaló previamente; de hecho las capacitaciones fueron facilitadas por entidades como IAFA e ICD en convenio con la UCR. Desde el criterio de las personas entrevistadas la organización tiene gran apertura para recibir capacitaciones.

En lo relacionado con la motivación del grupo de funcionarias y funcionarios para involucrarse con esta población se encuentra principalmente el interés de apoyar a sectores vulnerables, experiencias personales y como oportunidad laboral. Una vez dentro de la

misma y trabajando activamente con las personas usuarias, reconocen que la vivencia ha sido enriquecedora, que se requiere de vocación y les ha hecho crecer a nivel personal y profesional, sin embargo, también ha resultado difícil, dadas las historias de vida de las personas que son parte del plan de tratamiento.

Se considera que el recurso humano que forma parte del proceso de intervención de la ACBC permite dar una atención adecuada, no obstante, se coincide con lo manifestado por las y los mismos, en que se requiere de un profesional de salud como Medicina o Enfermería que apoye no sólo en aspectos propios del consumo problemático, sino del manejo de medicamentos. Así como, una constante actualización profesional, que, si bien se ha hecho un esfuerzo por parte de las entidades estatales expertas en el tema, dada la complejidad de la dependencia de sustancias es fundamental que las personas encargadas de dar atención se encuentren debidamente y permanentemente preparadas.

2.3.2.3. El proceso de tratamiento.

En este apartado se describirá y analizará el proceso de tratamiento que brinda la ACBC a las personas que presentan un consumo problemático de drogas, en el cual se abordará desde el momento que la persona ingresa hasta que concluye el mismo, reconociendo sus resultados. Sin embargo, para tener una mayor claridad del mismo se requiere conocer a quienes van dirigidos estos servicios.

2.3.2.3.1. Población meta.

Esta organización tiene una capacidad máxima de veintiséis personas, trabaja con hombres entre los 18 a 65 años de edad, que presenten dependencia a cualquier tipo de sustancia psicoactiva y que tengan autonomía para poder movilizarse por sí mismos, esto último debido a que la organización no cuenta con los recursos necesarios para brindar atención a personas con algún tipo de discapacidad física.

Como se mencionó previamente, la ACBC en sus orígenes atendía a personas en situación de calle, en la actualidad se mantiene esta población, pero también brindan

tratamiento a personas con redes apoyo. Desde la perspectiva de una de las profesionales, la población que atiende se dividen en tres tipos: las personas en situación de calle “pura” refiriéndose a quienes no tienen acceso a vivienda ni satisfacción de necesidades básicas, aquellos que sí tienen un lugar donde dormir pero la mayoría de su tiempo la pasan fuera los cuales son la mayoría de los que se atienden, y las personas que cuentan con trabajo y casa pero que comienzan a desatender responsabilidades priorizando el consumo los cuales son una minoría en ACBC. (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

Cabe destacar que también aceptan personas privadas de libertad, mediante un convenio con los juzgados de “centro por cárcel”, en el cual estos deben cumplir el plan de tratamiento, de lo contrario se le envía a un establecimiento penitenciario.

Con las personas mayores de 65 años, debido a que presentan necesidades distintas y requieren de una intervención diferenciada, en esta ONG no se les brinda atención; no obstante, en ocasiones cuando la persona ingresa cercano a esa edad y no ha terminado el proceso de tratamiento o finalizado el mismo no tiene un lugar donde ir, la organización le permite mantenerse un tiempo mientras logran encontrar algún recurso.

Siempre se ha tenido como grupo meta a la población masculina, en primer lugar porque estadísticamente son quienes más problemas de consumo presentan, y a su vez, porque según comentan el trabajo con mujeres y personas menores de edad es de mayor complejidad.

En lo que respecta a las mujeres, una persona integrante del Equipo Técnico expone que “la mujer es muy difícil, aparte que es muy difícil, es muy calculadora, una mujer en adicción es muy diferente a un hombre, el hombre es más dispuesto, el hombre es más accesible” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018); a esto otra profesional agrega:

el hombre se desliga muy fácil de la familia, el hombre casi nunca, o sea sí pasa pero casi nunca sufre abusos, el hombre pocas veces... bueno más o menos, se prostituye, entonces son cosas en las que uno no tiene que trabajar tanto con un hombre, pero con una mujer sí. De que me quitaron los hijos, de que perdí mi familia, que se me mató un hijo, entonces son cosas que son un poco más exhaustivas el trabajo con ellas. (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

Esto refleja que la dificultad de trabajar con mujeres radica principalmente en los roles de género que se le han impuesto y las consecuencias del mismo, como el rol materno y las experiencias de abuso que enfrentan, elemento que también fue recuperado en los estudios expuestos en el estado del arte. En el caso de la población menor de edad, se señala que la intervención resulta más complicada dado que son más los requisitos, teniendo a su vez que realizar una vinculación con el PANI.

Lo descrito evidencia esa lógica privada de las ONG que señalan Pérez, Arango y Sepúlveda (2011), en tanto tienen la posibilidad de seleccionar la población meta. Se concuerda con el grupo de personas entrevistadas que los hombres son quienes presentan en mayor medida dependencia a drogas, no obstante, se considera que las razones por las cuales deciden no involucrarse con la población femenina resultan discriminatorias, pues las condiciones de vida que enfrentan se encuentran bajo un sistema patriarcal que las vulnerabiliza, y negarle acceso a atención por las mismas causas, reproduce su discurso. Con esto no se quiere decir que deben atender a esta población, pues ampliar su capacidad requiere de una serie de recursos materiales, humanos y financieros que posiblemente la ACBC no cuenta.

Parte del acercamiento que se tuvo a la organización, se identificaron las características, necesidades y patrones de consumo de la población meta desde la perspectiva del grupo de profesionales; se debe reconocer que las personas que presentan un consumo problemático de drogas son diversas, pues cada quien tiene su historia de vida, teniendo a su vez variaciones en edad, condición socioeconómica, escolaridad, familia, contexto, entre otras.

No obstante, desde la posición de las personas entrevistadas existen ciertas características que se repiten. A nivel personal se presenta baja autoestima, escaso conocimiento de sí mismo, son personas ansiosas, pero también exponen ser seres leales, activos, con diferentes capacidades, sueños y anhelos. En lo que respecta al grupo familiar, hay figuras parentales ausentes, uso del castigo físico, manejo difuso de límites, presencia de violencia y con antecedentes de familiares con consumo, lo que refuerza el aspecto genético de la dependencia.

El aspecto socioeconómico es caracterizado por condiciones materiales de vida limitadas, provienen de zonas de atención prioritaria, lo que impacta a su vez las oportunidades a nivel educativo, ya que en su mayoría llegan hasta sexto o noveno grado; esto último se encuentra acorde a la situación de las ONG a nivel nacional, como se expuso anteriormente la mayoría de personas en tratamiento en el país tiene como nivel máximo de educación la primaria.

A pesar de ello, también hay presencia de personas profesionales y con estudios universitarios, aunque se trata de una minoría. De hecho, sobre estos una de las funcionarias entrevistadas señala que en ocasiones la intervención resulta más complicada “a veces es un poco más fácil trabajar con habitantes de calle que con los que tienen redes de apoyo, cuesta más, un poco porque se atienen a las redes de apoyo” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018), o porque, según señala la misma, se sienten superiores a las personas que no cuentan con niveles educativos altos.

Entre las principales necesidades que muestran las personas atendidas en ACBC, desde la percepción de las y los profesionales, está la falta de acceso a una vivienda, vestimenta y alimentación dado que, como se mencionó, en su mayoría son personas en situación de calle, aunque ellos mismos han desarrollado estrategias para sobrevivir pues tienen conocimiento de organizaciones que facilitan estos servicios.

A nivel afectivo, también presentan carencias, pues experimentan rechazo no sólo por parte de la sociedad sino del sistema familiar, producto de los actos que han cometido a causa del consumo problemático; en el plano espiritual, no precisamente por un tema religioso, sino porque no se encuentran bien consigo mismo; y finalmente la falta de empleo, esto no sólo se encuentra vinculado con el tema educativo sino al hecho de cometer actos delictivos, provocando un record negativo en la hoja de delincuencia.

En lo que respecta a los patrones de consumo de las personas atendidas en la ACBC, nuevamente en consonancia a la situación nacional, inician en la adolescencia alrededor de los 13 y 15 años teniendo como sustancias de inicio el tabaco, el alcohol y la marihuana; las obtienen a través de familiares, vecinos o con el contacto de una persona que se dedica a la venta de las mismas. Precisamente sobre la comercialización, se debe cuestionar sobre la pureza de la sustancia, ya que como lo señala una de las profesionales, en ocasiones les entregan una sustancia mezclada con otro tipo de elementos lo que genera un nivel de dependencia más profundo.

La droga más utilizada por la personas usuarias que ingresan a la ACBC es el crack, pero también se presenta la característica de “cartón lleno”, en otras palabras, hay un policonsumo mezclando diferentes sustancias entre sí; una combinación mencionada por una de las personas entrevistadas es el crack con el alcohol, ya que la primera provoca resequedad, la cual es apaciguada con la segunda, esto en vinculación con el panorama nacional de las ONG, teniendo al crack como una de las sustancias más consumidas, y además en combinación con el alcohol. De esto, también se puede inferir que en ocasiones dado los efectos de determinada sustancia, se recurre a otra ya sea para aminorar un resultado no deseado o potencializar la sensación de placer.

El tipo de sustancias que se utiliza y su vía de administración se encuentra vinculado al nivel socioeconómico de la persona, ya que según una de las funcionarias entrevistadas desde su experiencia laboral en ACBC, el crack es consumido mayormente por personas en situación de calle mediante inhalación, mientras que las de tipo sintético son usadas por

personas profesionales y teniendo la posibilidad de realizarlo mediante inhalación o inyectada, pues tienen un costo mayor; aunque estos métodos de empleo no son la constante. (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

Otro aspecto que llamó la atención es el hecho de que existen diferencias con la edad y el tipo de sustancias, según una de las profesionales el grupo poblacional más joven entre los 18 y 25 años hace uso mayormente de drogas sintéticas, esto está vinculado al auge de este tipo de sustancias desarrollado a partir de la década del ochenta, como se expuso en el apartado anterior de formulación de política pública. Las personas entre los 25 y 35 años ingieren alcohol, tabaco y marihuana; y finalmente la población entre los 45 y 55 años son quienes tienen problemas de consumo únicamente con el alcohol, los cuales fueron socializados dentro de la cultura del guaro y bajo una construcción de masculinidad vinculado al uso de esta sustancia, situación similar que enfrentan la mayoría de las ONG nacionales.

Lo expuesto por parte de las personas entrevistadas en relación con la población, da cuenta que reconocen la existencia de una serie de factores de riesgo que llevan a una persona a que desarrolle una dependencia hacia una o múltiples sustancias. Por ende, no visualizan al individuo como el responsable único de su situación, sino que se encuentra mediado por una serie de situaciones difíciles en su historia de vida.

Precisamente, esa diversidad de características que describen las y los funcionarios de la ACBC evidencia la complejidad que implica trabajar con esta población, y es que para brindar un proceso de tratamiento adecuado, es necesario que se recuperen tanto elementos propios de la persona y su historia, así como sus patrones de consumo; en tanto no es lo mismo alguien con dependencia al alcohol que alguien con dependencia al crack, por ejemplo. De ahí que se insista en un proceso de tratamiento particularizado, en donde la persona sea un participante activo del mismo.

Ahora bien, teniendo claro la población meta de la ACBC, se procederá a explicar el proceso de tratamiento según las fases propuestas por la UNODC (2003).

2.3.2.3.2. Características y criterios de selección de los usuarios.

El ingresar a un tratamiento para disminuir el estado de dependencia y las consecuencias negativas como lo señala el CICAD (1999) requiere de un proceso, en el cual la persona usuaria debe cumplir con ciertos requisitos (UNODC, 2003); esto permite tener mayor claridad sobre el programa que ofrece la organización.

En primer lugar, es necesario que la organización socialice sus servicios, en el caso de la ACBC esto se da principalmente a través de redes sociales, el ente rector en la materia y personas de la comunidad que conocen de la entidad. En lo que respecta al proceso de admisión, este inicia por contacto telefónico ya sea la persona interesada o el IAFA, con la finalidad de verificar si hay espacios disponibles y los requisitos que solicita la organización; precisamente sobre estos, se requiere:

- I. Referencia clínica de IAFA u otra entidad de salud respalda por un profesional en Medicina
- II. Cédula de identidad
- III. Pertenencias básicas
- IV. Mensualidad de ciento veinticinco mil colones
- V. No estar bajo los efectos de ninguna sustancia
- VI. Ingreso voluntario

El primer requisito, según señala una de las personas entrevistadas tiene como finalidad conocer la condición de salud de la persona, así como los padecimientos y sus respectivos medicamentos para su debido control dentro de la organización.

El tercer requisito incluye Biblia, cuaderno, lapicero, candado pequeño, vestimenta, artículos personales como cepillo de dientes, pasta, jabón, desodorante; según comenta la

mayoría del grupo de profesionales entrevistados la Biblia es obligatoria pues la ONG es de orientación cristo-céntrico.

Cabe destacar que, si la persona no cuenta tales recursos, la organización se encarga de facilitárselos, situación similar sucede con la mensualidad. Dadas las características de la población, mencionadas páginas atrás, el mayor porcentaje de personas se encuentran en situación de calle, por ende, se les dificulta realizar un pago de ese tipo, por lo que la ACBC les brinda becas totales o parciales, dependiendo del caso. Esto se considera como un alcance, ya que esta población ha sido históricamente invisibilizada por la sociedad y el Estado en general, por lo tanto, en la ONG se le está facilitando diversos recursos para que tenga una oportunidad de mejorar su calidad de vida en diferentes aspectos.

El estudio para su asignación es realizado por la persona a cargo de la unidad de Recursos Humanos; lo cual se considera debería ser una labor de Trabajo Social, en tanto se trata de un estudio socioeconómico. Al respecto, sobresale el hecho que a la profesión se le deposita labores que no corresponden como el manejo de medicamentos; pero a la vez, se le suprime de otro tipo de quehaceres propios de Trabajo Social como lo son los estudios para adjudicación de becas.

Otros de los requerimientos es que la persona acceda al programa de forma voluntaria, elemento que como se expuso en los fundamentos teóricos es algo acertado, ya que se debe respetar el derecho de autodeterminación, no se puede obligar a una persona a ser parte de un proceso que no desea. A pesar de ello, algunas de las y los entrevistados afirman que las personas por lo general vienen en negación, por presión de la familia o situaciones judiciales.

Para que una persona no sea admitida en los servicios que brinda la entidad, además de no cumplir los requisitos anteriores, se encuentra el tema de la patología dual; esto es cuando una persona además de la dependencia a drogas, presenta una condición psiquiátrica. Desde lo que señalan el grupo de personas entrevistadas, si el individuo cuenta

con medicación se le acepta y se le apoya en el cumplimiento del tratamiento, sin embargo, si esta no cuenta con el tratamiento para su enfermedad, se insta para que se realicen las gestiones para el manejo de esto mediante trabajo interinstitucional. Otra razón para no admitir a una persona es el no contar con autonomía para movilizarse por sí mismo, es decir, que presente alguna condición de discapacidad física.

Tales criterios no sólo condicionan el tipo de personas que son admitidas, sino la intervención que se va a realizar. Por ejemplo, el requisito de la Biblia está colocando que la persona debe seguir un sistema de creencias en específico dentro de su proceso de tratamiento; el tema de discapacidad física impide el principio de accesibilidad. De hecho, el Decreto N° 35383 señala que la admisión al programa no debe ser restringido por diferentes aspectos entre ellos padecimiento físicos o psiquiátricos; sin embargo se comprende que la entidad no cuenta con los recursos para atender tales escenarios, buscando a su vez un manejo ético de la situación.

Una vez que se confirmó que la persona reúne las condiciones y que se cuenta con la capacidad para el posible residente sigue el ingreso, el cual se da de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábado de 8:00 am a 12:00 md, con los requisitos señalados. La persona interesada en incorporarse puede venir sola o acompañada; el administrador explica en qué consiste el tratamiento que ofrece la ACBC, normas de convivencia, entre otros, se deben firmar los acuerdos, tanto la persona a internarse como la red de apoyo, y se realiza el expediente único. El papel de la familia en este momento es de acompañamiento y compromiso de apoyar a la persona con problemas de consumo durante su proceso de recuperación.

Cuando la persona realiza formalmente su integración al programa, las y los funcionarios entrevistados refieren que debido a las características de la población meta, estos necesitan tener una estabilización física; de hecho, desde el IAFA se les administra un complejo vitamínico y además, la organización les brinda entre tres días a una semana de descanso.

Durante este proceso, estando las personas en mejor condición, ya descansadas y alimentadas, el Área de Psicología se encarga de brindarles una charla de inducción más detallada, en la cual se explica de manera grupal el desarrollo del programa que brinda la organización, se aclaran dudas, se describe la dinámica del síndrome de abstinencia que van a experimentar y se entrega el Manual de Usuario. Este es un documento dividido en tres partes según las fases del tratamiento bajo internamiento que brinda la organización con las tareas que deben completar las personas usuarias conforme van avanzando en el proceso.

Otro aspecto parte del proceso de admisión es el recorrido por las instalaciones, en el cual se explica el funcionamiento de la misma, el manejo de labores, habitación donde se van a encontrar las cuales son cambiadas de manera quincenal, y las reglas que deben de seguir para permanecer, este trabajo es realizado por la profesional en Terapia Ocupacional.

En lo que respecta a las normas de convivencia, las personas usuarias deben registrarse según el Reglamento Interno, el cual incluye los deberes y derechos de la población. Existen tres tipos de faltas: leves, graves y muy graves; estas van desde vocabulario y comportamiento inadecuado, incumplimiento de actividades, no mantener el orden, aseo y cuidado del centro, faltas de respeto a compañeros y personal hasta introducción y consumo de drogas, robo, agresión física, posesión de armas, entre otras.

Cada falta leve es un reporte interno, tres de este tipo se convierten en falta grave, lo que provoca una medida disciplinaria, estas por lo general son labores domésticas o impedimento de salidas, llamadas o visitas; dos faltas graves y una muy grave son motivo de expulsión.

Sobre el tipo de disciplinas que se imponen, se considera que, si bien se busca una disminución o interrupción de la infracción, es necesario un trabajo de mayor trascendencia en donde la persona realmente reflexione sobre dicha acción, más allá de realizar limpieza o no tener contacto con sus seres queridos, que incluso este último puede resultar contraproducente, si es concebido como una red de apoyo.

De hecho, una de las correcciones que brinda la organización es trabajo extra con el Equipo Terapéutico para abordar el detonante de la misma, la cual se concibe como la mejor estrategia para resolver tales fallas. Realizado esto, se desarrollan una serie de entrevistas para valorar de manera preliminar la situación de la persona usuaria.

2.3.2.3.3. Reconocimiento inicial y selección de la forma de intervención.

En esta fase como lo señala la UNODC (2003) se realiza una exploración inicial sobre las necesidades de la persona para visualizar el tratamiento más apropiado, con este propósito en la ACBC se realiza la entrevista de admisión y se aplica un test, ambos son ejecutados por el administrador. Según comenta este, se realiza en este momento con la finalidad de que el residente se encuentre en mejores condiciones para llevarlas a cabo – habiendo descansado adecuadamente-, y no afecte los resultados.

La entrevista de admisión es un instrumento que recupera diferentes aspectos como datos personales, estado físico de la persona (medicación, hospitalizaciones previas, patrones alimentarios, historia mental y psiquiátrica), registro del uso de sustancias (edad de inicio, vías de administración, frecuencia de uso, cantidad, último consumo, historia familiar vinculada al consumo de drogas, tratamientos que ha tenido, síntomas asociados al consumo, experiencias a partir del uso de sustancias) y antecedentes penales.

Finalizada la entrevista, se realiza una breve evaluación sobre la situación de la persona, en la cual se brinda un pre-diagnóstico donde se debe concluir el nivel de consumo de la persona y las consecuencias que el mismo ha tenido con la finalidad de asegurarse que se trata de un abuso o dependencia y por ende, debe recibir tratamiento; cabe subrayar que estos criterios desde lo visualizado por las investigadoras están basados en el CIE-10 y el DSM-IV. También, se anotan las recomendaciones generales para el tipo de tratamiento (si requiere supervisión médica, residencial, ambulatorio, etc.), y finalmente si se deben realizar otras valoraciones más profundas.

Se considera que esta entrevista es valiosa pues permite tener un panorama inicial de la situación de la persona y ciertos criterios sobre el tipo de tratamiento o cuidados a tener, una de las personas entrevistadas señala un ejemplo de la funcionalidad de dichas interrogantes, en relación a aspectos del consumo expone:

él específicamente fue duró seis meses de abstinencia y volvió a recaer, hay otros que dicen tres semanas, un mes, dos meses y lo importante de esa pregunta para lo que es la rehabilitación es que si en la mayoría de veces él ha llegado hasta un mes, esperamos nosotros la ansiedad en ese mes. (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018)

Como se muestra, esta entrevista da luz sobre ciertos elementos que pueden pasar desapercibidos, pero que son fundamentales para abordar a la persona. A pesar de ello, y tomando en cuenta que esta entrevista es el contacto inicial entre la ONG y la persona que solicita el servicio, es requerido que este sea realizado por el Equipo Técnico o al menos acompañado por un o una representante del mismo.

Lo anterior, por la profundidad y especificidad de las interrogantes, y ya que de la calidad de la información que se obtenga de la persona, depende la toma de decisiones medulares. Por ende, la presencia de una o uno de los profesionales le daría una mayor riqueza no sólo en lo que se desea conocer, sino que en esta entrevista se concluye si el tratamiento que brinda la organización es adecuado para la persona, recomendaciones y si precisa de valoraciones adicionales; lo cual requiere de un proceso de análisis complejo.

Seguido de esta entrevista, este mismo funcionario le efectúa una versión modificada de la prueba Drug Use Screening Inventory (DUSI), este es un instrumento de preguntas cerradas que ahonda en diferentes áreas de la vida en los últimos doce meses, en este caso se explora temas de personalidad, salud física, mental y sexual, relaciones sociales, antecedentes familiares, educación, laboral, influencia de grupos de pares, uso del tiempo libre e indicadores sobre la dependencia a sustancias psicoactivas.

Desde su perspectiva, esta revela los campos con los cuales la persona tiene mayor dificultad, que, por lo general, según comparte es el aspecto familia, de ocio y empleo. Este test si bien retoma algunos elementos de la entrevista de admisión, profundiza de forma más personal y concreta determinadas actitudes y comportamientos, así como amplía en otros aspectos.

Los resultados obtenidos de dichos instrumentos son facilitados a los profesionales de Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, para que estos posean un primer acercamiento a la situación de la persona.

2.3.2.3.4. Evaluación Integral.

La UNODC (2003) expone que en esta etapa el grupo de profesionales se incorpora con el fin de profundizar de manera más compleja en la persona que requiere de tratamiento, visualizando los diferentes aspectos de su vida. En la ACBC, quienes forman parte de esta evaluación integral son las áreas de Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional específicamente.

En el caso de Psicología, según comenta la profesional a cargo, se realiza una primera entrevista motivacional, en la cual explora aspectos relacionados con la historia familiar, la historia de consumo y abstinencia. Aunado a esto, se les efectúa diversos test psicológicos que buscan visualizar la ubicación espacial y temporal, coherencia del discurso de la persona, comportamientos obsesivos-compulsivos, presencia de alucinaciones o algún trastorno psiquiátrico.

En lo que respecta a la profesional en Terapia Ocupacional, se encarga de elaborar un perfil ocupacional, para esto comenta la profesional a cargo, se centra en la historia familiar, la historia de consumo, experiencia laboral, listado de intereses, metas; ya que a través de esto puede explorar las posibles fuentes de motivación, lo cual según expone son fundamentales para el desarrollo de su labor con la población meta; distinguir las habilidades del individuo y construir una hoja de vida para cuando finalice el tratamiento.

Además, efectúa una valoración de actividades diarias debido a que esto le permite conocer la rutina actual del individuo, y a este último visualizar los cambios de forma más tangible que tiene a lo largo del proceso. A su vez, desarrolla una evaluación mediante el instrumento Mini Examen Cognoscitivo (MEC) el cual recupera aspectos como orientación temporal, memoria, comprensión, cálculo, lectoescritura, habilidades motoras, entre otros; según comenta la profesión a cargo el propósito de esto es percibir la manera en que el consumo le ha afectado.

Por su parte, el Área de Trabajo Social se enfoca tanto en la persona como en la familia, para esto realiza una entrevista a cada uno. Siguiendo lo que acota el profesional a cargo, la entrevista que está dirigida a quien está en tratamiento busca conocer las relaciones, indicadores de riesgo y protección; para esto en el instrumento se aborda la historia familiar, la relación entre las y los miembros, tareas y reglas, formas de disciplina, percepciones del individuo sobre su infancia, adolescencia y adultez, antecedentes familiares de consumo, actual grupo familiar.

Se ahonda en aspectos de carácter socioeconómico, como tenencia y condiciones de vivienda, contexto comunal, ingresos y egresos económicos, apoyo por parte de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales; historia de consumo como edad y sustancias de inicio, drogas que usa actualmente, reacción familiar ante la situación, motivación para consumir, causas que lo llevaron a buscar tratamiento, afectación del consumo de drogas en la vida y antecedentes legales y penales.

En la evaluación para el recurso familiar, el profesional les explica los protocolos de visita y salidas que tiene la organización; posteriormente le realiza la entrevista que busca explorar el nivel de conocimiento que tiene sobre el consumo problemático, grado de dependencia o codependencia entre ambas partes y si realmente es una fuente de apoyo para el residente.

En el instrumento se detallan principalmente elementos de la persona en tratamiento, pero desde la perspectiva del miembro familia como: presencia de hijas o hijos y su relación, personalidad, historia de consumo, problemas legales, uso de violencia física o emocional hacia terceros, aspectos laborales; y por otra parte, aspectos propios de la persona que está siendo entrevistada como salud mental, problemas de consumo y su percepción sobre quienes usan o abusan de sustancias psicoactivas.

Lo expuesto refleja que desde las diferentes profesiones existen temas que comparten, o que profundizan en otros aspectos de mayor forma, efectivamente recuperan los diversos ámbitos de la vida de los residentes en tratamiento que expone la UNODC (2003). No obstante, queda un vacío sobre algunos aspectos que señala el CICAD (1999) especialmente a nivel físico, si bien desde el reconocimiento inicial se consulta por temas médicos, esto no es realizado por un profesional especializado en esa área.

Asimismo, se considera que en las diversas entrevistas realizadas hay interrogantes que se repiten, que si bien se comprende que cada profesión tiene un punto de vista particular sobre un mismo hecho, se cree necesario valorar la conveniencia de las mismas o alguna estrategia para evitar que esto resulte reiterativo, ya que incluso podría ser revictimizante para la persona usuaria recordar o relatar múltiples veces aspectos dolorosos o poco gratos; por lo tanto una mejor distribución de los contenidos que se indagan en esta fase es preciso.

Desarrolladas las diferentes valoraciones por parte del grupo de profesionales, se define el plan individual de trabajo a desarrollar, según comentan algunas de las personas del Equipo Técnico, en primera instancia se reúnen la persona administradora, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, discuten sobre los resultados obtenidos desde cada área y se concluye la principal problemática del individuo, en el cual se establece la meta y la estrategia a seguir.

Lo anterior se identifica como un alcance, pues evidencia el carácter de interdisciplinariedad que hay en esta fase, ya que no sólo se trata de disciplinas analizando

de manera separada, sino que hay una visión colectiva, en el cual cada profesión comparte su conocimiento a las otras áreas, con el fin de buscar la opción más adecuada para la persona.

Teniendo una evaluación integral sobre la situación del residente, en el cual el Equipo Terapéutico tomó decisiones sobre la mejor estrategia, se procede con la implementación del mismo.

2.3.2.3.5. Plan de tratamiento.

Desde los programas definidos por el ente rector en la materia, la ACBC tiene un tratamiento de tipo residencial a mediano plazo, ya que la duración es de seis meses. Asimismo, es estructurado ya que como lo señala la UNODC (2003) se encuentra

basado en una determinación formal de necesidades, en la elaboración, supervisión y examen de planes de atención individual y en un programa de tratamiento médico (...) los ejecutados en un entorno residencial, son sumamente estructurados y entrañan un intenso calendario de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación, individuales y en grupo, para promover la rehabilitación. (p. IV2)

Este es construido y retroalimentado por el Equipo Técnico, y es revisado y aprobado por IAFA para su funcionamiento por hasta un plazo máximo de dos años. Desde la perspectiva de las y los entrevistados, el objetivo del tratamiento es que la población meta logre mantener la abstinencia, de hecho, catalogan el consumo problemático como una enfermedad crónica, que no tiene cura pero sí se puede tratar; lo cual se encuentra adscrito al discurso médico sanitario –persona enferma- y a una política de corte prohibicionista –cero tolerancia-.

Dicho programa se encuentra dividido en cuatro fases: tres en modalidad de internamiento las cuales tienen una duración de dos meses cada una; sobre esto expone el Equipo Terapéutico que en ocasiones el proceso se puede atrasar, por situaciones tales como que el individuo no pase de fase, se le impuso alguna disciplina, decidió irse pero volvió en un par

de días, entre otras; y una etapa de tipo ambulatoria; las cuales serán explicada en detalle más adelante.

Para pasar de una fase a otra, la población meta es sometida a un examen desde cada área de atención, en donde la nota mínima para pasar es de setenta, esta modalidad se implementó para motivarles a estudiar, así lo expresa una de las personas entrevistadas:

Ellos siempre son “*mirá es que ¿para qué voy a estudiar?*” “*¡ay no, yo ya estoy herrumbrado!*” “*¡no yo ya estoy muy viejo!*” “*¡no yo ya no sirvo para eso!*”, entonces es eso, “*¡mirá vos sí podés!*” entonces cuando ellos ven que se sacan bien el examen “*¡ay sí puedo, mirá sí soy capaz!*”. (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

En caso de que no se apruebe el examen, se mantiene quince días más en la etapa, y la persona tiene la opción de repetir el examen o realizar una exposición. Resulta provechoso que los residentes logren sentir que son capaces de estudiar, no obstante una calificación no necesariamente es un reflejo del aprendizaje adquirido, asimismo en caso de que la persona tenga un proceso de comprensión que no es compatible con evaluaciones de este tipo puede resultar contraproducente.

Además de esto, la mayoría del grupo de funcionarios entrevistados refiere que otra manera de valorar los avances de la población meta es a través de la observación, visualizando los cambios en el comportamiento y conductas; el cual se identifica como una alternativa más adecuada.

Los servicios que se brindan dentro del programa son: Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Psicología, los cuales brindan atención a nivel individual y grupal; también se encuentra Consejería que su labor es principalmente grupal.

Tanto las atenciones individuales como grupales son desarrolladas por cada profesional por aparte y se brindan de forma alterna, es decir una semana atención individual y una

semana sesión grupal; lo cual se encuentra en concordancia con lo establecido desde IAFA, pues este señala que en lo que respecta al monitoreo del plan individual del residente para los programas residenciales a mediano plazo como el de la ACBC debe realizarse de manera quincenal. De igual manera, existen excepciones, en casos de crisis, personas con patología dual o situaciones especiales, se brindan atenciones más constantes de ser requerido.

En relación con las sesiones individuales, se trabaja la meta y estrategia definida por el grupo de profesionales en la evaluación integral, esto se puede trabajar ya sea por las tres profesiones de forma paralela o por una específica, según la situación que se esté intentando resolver; una vez solucionado dicho asunto, se continúa con el siguiente aspecto por mejorar. Cabe destacar, que según expone una de las profesionales, todo es en base a lo manifestado por la persona en tratamiento.

En las atenciones grupales cada miembro del equipo tiene una temática definida desde el programa según las fases y tiene la libertad de desarrollarlas según su criterio profesional, ya sea de manera lúdica o magistral. Se debe destacar que estas siempre tienen una tarea que debe ser realizada por el individuo, misma que se puede retomar en la atención individual, dependiendo de la meta y estrategia que se esté desarrollando en ese momento, pues como se señaló hay un plan particularizado para cada residente.

Los servicios descritos van dirigidos exclusivamente a la población meta, lo que denota un vacío en el trabajo con el grupo familiar. Si bien se comprende que desde la perspectiva de las y los profesionales, los insumos de la organización son limitados, se considera que parte de un programa eficaz es involucrar a las redes más inmediatas de la persona en tratamiento, ya que como se reflejó en lo expresado por el Equipo Técnico en las características de la población y el administrador con la aplicación del test DUSI, la familia es un elemento vinculado al consumo problemático de sustancias psicoactivas. Además, es uno de los aspectos que señala IAFA en el Decreto Ejecutivo N° 35383 “el programa debe

incluir los servicios en favor de los familiares afectados indirectamente por el problema de consumo de drogas del paciente” (Poder Ejecutivo, 2009).

Desde lo encontrado, el único contacto que se tiene con la familia es en el momento de la admisión y en la evaluación integral por parte de Trabajo Social, además de las visitas y llamadas telefónicas, pero estas son directamente entre la red familiar y el residente. Este vacío es reconocido también por una de las personas que conforman el equipo “es algo que se tiene que hacer, pero realmente no se está haciendo ahorita, se está dando la charla de inducción y nada más” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

Por lo tanto, esto se percibe como una limitación dentro del proceso de tratamiento y se cree necesario un mayor involucramiento –siempre que sea posible- a nivel familiar, ya sea de tipo terapéutico, pero dado que este requiere de mayores recursos, al menos tener atenciones individuales o talleres de manera ocasional en donde se les capacite para comprender de mejor manera lo que implica un consumo problemático, estrategias de apoyo y manejo con la población meta, autocuidado ante el agotamiento que esto puede representar, entre otros. Pues como lo comparte el NIDA (2010) “la participación de un miembro de la familia o pareja en el programa de tratamiento del adicto puede fortalecer y ampliar los beneficios del mismo” (p.19).

Ahora bien, con el propósito de tener una mejor comprensión de lo que se aborda en cada fase del proceso de tratamiento, se detallarán las temáticas que se trabajan en cada una de ellas, según cada profesión.

2.3.2.3.5.1. Fase I: Acogida.

Desde la ACBC esta etapa está conformada por las características y los criterios de selección, reconocimiento inicial y selección de la forma de intervención y evaluación integral. Tiene el propósito de que la persona logre conseguir la abstinencia, desde lo que formula la UNODC (2003) el individuo enfrentará una serie de síntomas producto de la privación de las sustancias como “necesidad imperiosa de consumir la sustancia, ansiedad,

inquietud, irritabilidad, insomnio y falta de concentración” (p.IV3). Tales manifestaciones son señaladas por algunas personas del Equipo Terapéutico:

“por el síndrome de abstinencia pasan soñando que consumen (...) ellos normalmente en las noches no se levantan, eso sí andan como alma en pena (...) caminando pa’llá y pa’cá en toda la casa” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

“le da mucha hambre o poca hambre, eeh les dan enfermedades como que les da diviesos, alergias, gripe (...) están ambivalentes, entonces hoy se le levantan y aman a la humanidad y, mañana se levantan y los odian a todos” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

Para el manejo de tales situaciones, el UNODC (2003) explica que en ocasiones se alude a la medicación para facilitar este proceso de desintoxicación, en el caso de la ACBC esta no es una opción ya que no cuenta con el personal adecuado para recetar, a menos que el residente cuente con una condición de salud que ya posea prescripción.

Sin embargo, como lo comenta dos de las personas entrevistadas, desde el IAFA les brindan fármacos que les ayude a conciliar el sueño: “IAFA les manda la medicación para dormir sí” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018), “el IAFA los inyecta y les da medicación, entonces aquí tienen estar que pasar lo de la abstinencia” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 15 enero 2018); pero se debe resaltar que el síndrome de abstinencia va más allá de eso. Asimismo, siguiendo lo manifestado por una de las profesionales, producto de estas sensaciones en esta fase los residentes pueden experimentar deseos de retirarse del tratamiento “si les da por irse los primeros días (...) es el puro consumo” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018).

Por lo tanto, siguiendo lo expuesto por Fernández (2010) facilitar la complementariedad de intervenciones tanto a nivel terapéutico como farmacológico favorecería a aumentar la probabilidad de éxito de las atenciones, y a su vez disminuir los malestares y deseos de abandonar prematuramente el tratamiento, ambos producto del cese del consumo. Se

comprende que la ACBC tiene ciertas dificultades para realizar lo anterior por un tema de recursos, pero es un aspecto a tomar en cuenta para el futuro y parte de esa perspectiva visionaria que se plantean en su marco filosófico.

Adicionalmente, en esta etapa se busca que la persona reconozca su situación de consumo problemático, ya que como lo expresa una de las profesionales “sí vienen en negación, son muy pocos los que ya vienen en aceptación” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018), cuestión que comparte otra de las personas entrevistadas “es raro el que ha aceptado por mi cambio, que ellos decidan y quieran un cambio personal” (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018). Entonces, reafirmando lo anterior se trabaja en las estrategias que le motiven a generar ese cambio, así como incentivar el conocimiento de sí mismo (ACBC, s.f.b); para esto cada área del Equipo Técnico se encarga de contenidos específicos.

Desde el Área de Consejería se trabajan los primeros cuatro pasos de NA, los cuales se enfocan, en primer lugar admitir que el consumo problemático volvía inmanejables sus vidas mediante esto se busca reflexionar como la negación de tal situación ha afectado la vida. Seguidamente, reconocer que hay un poder superior que puede ayudar a volver a tener control sobre sí mismo; tercero, entregar su vida a ese ser superior –Dios- y el impacto que se genera en la vida a partir de esto; y finalmente, la realización de un inventario moral. (ACBC, s.f.c)

Las sesiones se caracterizan por ser grupales, por lo general son dos veces por semana, en las cuales primero se les explica la parte teórica, y se les deja la tarea pues esta requiere de un espacio de reflexión por parte de la persona usuaria, los resultados de tal trabajo son retomados en la siguiente sesión, y entre las personas presentes se retroalimentan mutuamente; siempre en un espacio de confianza.

El Área de Psicología se enfoca en aspectos como identidad, buscando la esencia de su ser; definición de lo que es un problema, visualizando algunos de estos en la vida de la

persona; aceptación, con el fin de aprender a vivir con los errores cometidos; motivación como medio para satisfacer determinada necesidad; adicción en donde se le visualiza como una enfermedad tratable que afecta el cerebro y el comportamiento humano; carácter versus temperamento; y síndrome de abstinencia, reconociendo las reacciones que el cuerpo tiene ante la eliminación del consumo. (ACBC, s.f.c)

Trabajo Social se encarga coordinar diversos aspectos como el tema del seguro de salud o del aspecto judicial si es que tiene alguna causa pendiente, acompañarlos a citas y situaciones similares. Además, aborda temas como autopercepción, aceptación y adaptación, haciendo así ejercicios internos sobre sí mismos; toma de decisiones, reflexionando sobre aquellas positivas y negativas que han realizado y sus consecuencias; comunicación asertiva basándose en experiencias previas donde no se tuvo y la manera diferente de abordar la situación; manejo del estrés y la ansiedad, buscando formas que ayuden a sobrellevarlo y los beneficios que esto trae. (ACBC, s.f.c), entre estas técnicas señala el profesional a cargo técnicas de respiración y el fomento de un cambio en el estilo de vida.

Por su parte, Terapia Ocupacional se centra en salud integral, la importancia del autocuidado y los hábitos de cuidado personal e higiene; se realiza un cine-foro con temática motivacional; roles ocupacionales considerando aquellos que se deberían cumplir y no se realizan así como los que no se debería hacer según la edad y responsabilidades; y hábitos y rutinas. Precisamente, sobre esta última, la población meta tiene establecido un horario con las actividades que deben realizar diariamente, esta fue creada por Terapia Ocupacional, se presenta a continuación:

Tabla 8. *Rutina de los residentes en la ACBC*

Hora	Actividad
5:00am	Levantarse y arreglo de la habitación
6:00am	Devocional
7:00am	Desayuno
8:00am	Ministerios
9:00am	Sesiones individuales o grupales y Merienda
10:00am	
11:00am	
12:00md	Almuerzo
1:00pm	Ministerios
3:00pm	Devocional
4:00pm	Sesiones individuales o grupales
5:00pm	
6:00pm	Cena
7:00pm	Culto
8:00pm	Hora libre
9:00pm	Dormir

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista personal

Cabe destacar que este es el horario de lunes a viernes, los fines de semana son diferentes. En relación al devocional, según comenta la profesional de esta área “leen un párrafo de la biblia y entonces de ese párrafo de la biblia hacen como un sermón” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018); estas son dirigidas por lo general por pastores o alguna persona voluntaria de otra religión como católica. El culto como se puede observar es diariamente, el único día que no hay son los sábados; de hecho los domingos también se realizan y al ser día de visita, es un espacio en donde comparten los residentes y sus redes de apoyo.

Desde lo que expresan algunas de las y los funcionarios entrevistados, la asistencia a todas las actividades es obligatoria incluyendo los devocionales y los cultos, debido a que el centro es cristo-céntrico y es algo que se estableció en el contrato que los residentes firman.

Si bien se reconoce que el componente religioso y/o espiritual es una fuente de apoyo para las personas, se debe partir de que las y los seres humanos son diversos, por lo que no necesariamente este aspecto sea conveniente para todos los residentes, lo cual representa una limitación. El imponer que las personas participen en estos espacios podría fomentar un adoctrinamiento religioso; por lo tanto, se cree que estos deberían repensarse, ya sea ampliándolos a otros sistemas de creencias o particularizándolos, en donde las personas decidan cómo manejarlo; incluso facilitando al final de la sesión una discusión grupal sobre la reflexión que cada quien realizó.

Los ministerios, por su parte, se refieren a las labores domésticas que la población meta debe realizar como: lavar platos, lavar baños, limpiar la casa, asear las oficinas, apoyo en la cocina, entre otros. Se consideran que tales actividades son positivas porque les ayuda a desarrollar una rutina y tener responsabilidades, lo que les beneficia cuando finalice el tratamiento; sin embargo, se cuestiona la necesidad de realizarlo dos veces al día, pues ese tiempo se podría invertir en otro tipo de actividades que fortalezcan su proceso de recuperación.

En lo que respecta a las sesiones individuales y grupales, cabe destacar que se coloca un horario para que los residentes sepan el momento en que deben asistir. No obstante, no todos tienen atención durante el mismo momento, por ende, participan en otro tipo de actividades, así lo señala una de las profesionales entrevistadas:

los días que no tienen charlas, a veces se los llevan a hacer algún trabajo, pero no es como... es de acá mismo digamos, es como la bodega de acá, que tienen que ordenar, o es de que mirá, digamos hace poco hasta la fecha están yendo varios a la cruz roja por lo del huracán, entonces la organización es voluntaria (...) otros se ponen a hacer ejercicios, otros se pondrán a pintar, depende de lo que les guste hacer (...) o tienen taller ocupacional, o tienen recreativa, eso es dependiendo del día. (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

Una limitante que sobresale en vinculación con lo descrito es la repetición de actividades, pero al mismo tiempo como lo expresa una de las funcionarias, en ocasiones los residentes presentan periodos de desocupación lo que les genera ansiedad. Por lo tanto, aunque el recurso humano establece que la demanda se encuentra acorde a la cantidad de profesionales de la ONG, para propiciar una atención adecuada, se debería de tener diversidad de actividades para evitar espacios libres o la reiteración de tareas.

Ahora, tomando en cuenta lo que se desarrolla en esta fase, se considera que las temáticas tienen coherencia entre sí, ya que por ejemplo, desde Consejería se trabaja en admitir el consumo problemático; desde Psicología se busca comprender la dependencia y con este su síndrome de abstinencia; Trabajo Social se enfoca en toma de decisiones y manejo del estrés y ansiedad, estrechamente vinculado con lo anterior y Terapia Ocupacional con los hábitos de higiene y cuidado personal, como una forma de prepararse para el cambio.

Asimismo, se cree que los contenidos son adecuados para la etapa en que se encuentran, ya que muchos de los ejercicios implican una reflexión interna, la cual es necesaria para iniciar en este proceso; a la vez esta requiere de herramientas para saber manejar los sentimientos que se generan producto de lo anterior, aspecto que se trabaja en esta fase. No obstante, se cuestiona el tiempo dedicado para tales temas, en tanto se trata de aspectos complejos del ser humano, sin embargo se debe recordar que las personas usuarias tienen mayor espacio de atención en las sesiones individuales, en donde se puede profundizar de mayor forma.

2.3.2.3.5.2. Fase II: Rehabilitación.

La UNODC (2003) refiere que una vez pasado el síndrome de abstinencia esta fase tiene “por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias” (p.IV4), teniendo como estrategias las intervenciones farmacológicas y psicosociales. Lo cual se encuentra en línea con lo propuesto por la Asociación Cristiana Benéfica Caleb, esta subraya que la finalidad de esta fase es mantener

la abstinencia prolongada para esto considera necesario que las personas logren modificar aquellas actitudes que favorezcan la dependencia mediante el restablecimiento de vínculos sanos con el sistema familiar, manejo de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, fortalecimiento de factores protectores, entre otros (ACBC, s.f.b).

En la parte de Consejería se trabajan los pasos cinco, seis, siete y ocho de NA, en los cuales se admiten las faltas cometidas en su historia de vida, se dispone y le pide a Dios que elimine esos defectos de carácter en donde se analiza como estar preparado para tal situación y se realiza una lista de deficiencias, y finalmente, se efectúa una lista de las personas a las que se ha hecho daño pensando sobre la maneras de rectificar tales hechos. (ACBC, s.f.c)

Desde Psicología, según comenta la persona a cargo se pretende identificar y manejar emociones como la frustración y la ira, se explican las fases para la modificación de comportamientos adictivos de los autores Prochaska y Diclemente: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, esto con el fin de que las personas usuarias logren reconocer en la etapa que se encuentran.

En esa misma línea se centra en lo que es el círculo vicioso, comprendiéndolo como esa repetición contante de uno o varios elementos de dicha conducta, promoviendo así hábitos y estilos de vida identificando aquellos que resultan contraproducentes para el individuo y buscar la manera de mejorarlos, y finalmente la profesional menciona que se trabaja en la importancia de los vínculos y la prevención de recaídas.

Por su parte, la profesión de Trabajo Social se enfoca en las redes familiares, reconociendo la necesidad de retomar relaciones de manera sana (ACBC, s.f.b) para esto se identifica los roles sociales desde el sistema familiar, las personas que conforman su familia o redes de apoyo y las razones para que ofrezcan tal soporte. También, se capacita en el tema de violencia doméstica, visualizando las definiciones como los tipos; y finalmente, se trabajan las masculinidades, sobre este comente el profesional a cargo “la

principal idea que uno les deja es tratar de erradicar toda, todo el pensamiento machista que tengan y convertirlo en personas responsables en relación a la sociedad” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 22 enero 2018).

En lo que respecta a Terapia Ocupacional, según comenta la encargada, se ejecuta una evaluación del perfil del trabajador, en el cual se busca conocer la perspectiva de los residentes sobre quienes son como trabajadores, a partir de esto la misma le realiza una serie de recomendaciones en las cuales ellos deben mejorar en esta fase. Asimismo, se desarrolla un perfil por observación del trabajador, en donde dicha profesional contempla por todo un día al residente, con el objeto de examinar comportamientos, relaciones sociales, manejo de problemas, entre otros.

Aunado a esto, se trabaja en la identificación de actividades de la vida diaria, metas y proyectos personales a corto plazo, manejo del dinero en donde se realiza una bitácora de ingresos y egresos, sobre esto según comenta la profesional es una de las razones por las cuales recaen cuando consiguen un trabajo pues se ven con posibilidad económica para consumir; y habilidades sociales y de comunicación como los tipos de conducta: pasiva, agresiva y asertiva, y técnicas para promover la última (ACBC, s.f.c)

Ahora bien, se considera que lo que se trabaja en esta etapa se encuentra en concordancia con lo que señala la UNODC (2003), pues como se expuso previamente en esta se atiende las necesidades de las personas finalizado el proceso de desintoxicación con el fin de modificar conducta y detener los deseos de consumir. Esto se ve reflejado en las acciones de la organización, en tanto se trabaja en conocer de mejor manera lo que es el consumo problemático, identificando la posición en la que se encuentra la persona usuaria, tal situación genera una serie de sentimientos en donde se fortalecen estrategias para saber manejarlas, y con esto promover relaciones saludables, mediante el mejoramiento de habilidades sociales y la comunicación.

Asimismo, desde la UNODC (2003) se plantea un plan orientado a cambios, parte de ello es tener un mejor manejo de las actividades diarias, pues para las personas que presentan una dependencia la mayoría de estas se envuelven alrededor del consumo, y si se toma en cuenta el tipo de población que atiende la ACBC, teniendo a un porcentaje alto de personas en situación de calle, se reconoce que su rutina no es clara; por ende como se observó la organización trabaja identificando las mismas y empezando a vincularse en metas y el área laboral, disminuyendo así factores de riesgo y fortalecimiento elementos protectores.

2.3.2.3.5.3. Fase III: Reinserción.

Esta etapa del programa de tratamiento de la ACBC forma parte de la fase de rehabilitación que describe al UNODC (2003), empero la asociación la divide en dos partes, la explicada anteriormente, y esta de reinserción. Esta última busca preparar a la persona para el egreso a la sociedad, en donde se fortalece la prevención de recaídas y se construye un proyecto de vida (ACBC, s.f.b), para esto cada área del equipo se enfoca en elementos particulares.

En lo que respecta a Consejería, se continúa trabajando en los Doce Pasos de NA específicamente en los últimos cuatro, mismos que se centran en tomar acción sobre los daños causado a otras personas, seguir con el inventario moral admitiendo errores, reflexionar sobre la relación con Dios mediante la meditación y oración con el fin de mejorarla, y el paso final es llevar lo aprendido a otras personas, en este caso se les insta a analizar la manera de poner en práctico lo visto durante el proceso. Al concluir las sesiones, según comenta la persona a cargo se les facilita el texto de las doce tradiciones y la oración de la serenidad.

Psicología por su parte se orienta en la elaboración del proyecto de vida, realizando un diagnóstico junto con el residente sobre sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA). Asimismo, se reflexiona sobre la misión, visión y principios que van a guiar tal proyecto de vida, para finalizar con el establecimiento de metas a corto plazo,

buscando que estas sean realistas y acordes a la persona en tratamiento (ACBC, s.f.c). Para esto, según comenta la profesional a cargo, se fomenta la resiliencia pues esto permite que las personas sean capaces de ir superando las diferentes adversidades.

Desde Trabajo Social se plantea el fortalecimiento de los recursos internos y externos de la persona, así como orientarle en el proceso de reinserción social en términos de residencia, actividad laboral e incorporación a grupos de apoyo (ACBC, s.f.b). Entonces, se identifican las redes de apoyo a nivel familiar, considerando los principales aportes y las expectativas que se tiene sobre esta finalizado el proceso de internamiento; a nivel comunal visualizando los grupos existentes que le interesaría participar, y a nivel institucional, reconociendo la labor de algunas entidades estatales y no estatales (ACBC, s.f.c). Finalmente, también se trabaja en proyecto de vida, formulando los objetivos y metas que se tiene a corto plazo; basándose en estas, si así la persona en tratamiento lo desea, se realiza una sesión final con la red familiar para definir el siguiente paso estando fuera de la ONG.

El Área de Terapia Ocupacional se dirige a involucrar a las personas en ocupaciones, fomentando autonomía y adquiriendo responsabilidades, creando un ambiente estructurado para esto (ACBC, s.f.b). Para desarrollar lo anterior, la profesional a cargo vuelve a realizar la evaluación del perfil del trabajador, pero ya no desde la perspectiva del individuo, sino a partir de su criterio profesional, aunado a esto les explica la diferencia entre tiempo libre y ocio, con esto actividades recreativas que pueden realizar y se construye una rutina desde los gustos y necesidades de la persona, ambas para cuando se encuentren fuera de la organización.

De hecho, durante el proceso de tratamiento los residentes tienen actividades recreativas, estas se refieren a la realización de algún deporte o la salida bajo la supervisión de algún funcionario de la ONG; u otro tipo de actividades productivas como cursos rápido de inglés, hacer algún artículo como vasijas o bolsos que les sirva como medio de subsistencia en el futuro, los cuales por lo general son facilitados por personas voluntarias o estudiantes

para su trabajo comunal. También, se tiene un convenio con el INA en donde se les brinda espacios para cursos de corta estancia como manipulación de alimentos, servicio al cliente y salud ocupacional.

La profesional también trabaja el tema de la alimentación, pues desde su criterio son unos de los aspectos que más han perdido, por ende, se ven los beneficios y consecuencias y de una buena y mala alimentación. Finalmente, se trabaja en proyecto de vida y el aspecto laboral, en donde se les explica y se crea el currículum vitae, y se les prepara para una entrevista laboral, retomando aspectos de comportamiento, presentación y la importancia de la primera impresión.

La UNODC (2003) manifiesta que la rehabilitación es la etapa de prevención de recaídas, en donde desde de diferentes intervenciones se trabaja “desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación” (p.IV5). Parte de esa prevención de recaídas es cambiar el estilo de vida que se tenía previamente, por lo que como se evidenció la organización inculca la importancia en manejar el tiempo libre mediante actividades que mejoren su calidad de vida.

Además, esa formación y experiencia laboral se manifiesta a través de la construcción del proyecto de vida, promoviendo el autoconocimiento para la formulación de metas realizables, reconociendo los diferentes recursos que tiene el individuo a su alcance y brindando capacitación desde otro tipo de instituciones.

Ahora bien, a nivel general sobre los contenidos que se desarrollan en las sesiones grupales descritas, se considera que son adecuados, retoman elementos apropiados que con el trabajo a nivel individual se puede particularizar y profundizar aún más. No obstante, se percibe una limitación por parte de Trabajo Social, Psicología y Terapia Ocupacional, en tanto hay una repetición de las temáticas que se abordan en las diferentes fases o hay aspectos que se trabaja desde una profesión que no corresponde; debido a esto, se considera pertinente realizar una revisión de los contenidos, evitando la reiteración de información y

buscando elementos innovadores que se pueden incorporar o ahondar de mayor forma en alguno existente.

Por otra parte, se debe señalar que a lo largo del tratamiento la población meta se enfrenta a múltiples retos, al inicio del tratamiento cuando experimentan el síndrome de abstinencia que como se manifestó anteriormente presentan por primera vez deseos de retirarse del tratamiento. Sin embargo, según refiere una de las personas entrevistadas, esto también se repite cuando se acercan a la tercera fase, pues se enfrentan a ese temor del que va a pasar cuando estén fuera de la ONG.

Además de la abstinencia, desde el criterio de las diferentes personas entrevistadas, otros de los retos que experimentan las personas en tratamiento son:

“el ajuste a la nueva modalidad que se les presenta eeh la cuestión de los límites, tener una persona de autoridad, (...) y la convivencia con las demás personas” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 22 enero 2018)

La convivencia, el pasar seis meses encerrados (...) ellos por estar en consumo o se prostituyen o hacen algo entonces están sexualmente activos, entonces (...) eso les cuesta mucho (...) A veces les cuesta mucho la parte de mantenerse como desocupados, porque como ellos tal vez andaban de aquí para allá, de allá para acá, caminando; aquí hay lapsos en que no tienen nada que hacer (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

“Cuando los pongo a trabajar en equipo les cuesta mucho porque ellos trabajan muy individual” (persona funcionaria W, comunicación personal, 22 enero 2018)

“superar la vergüenza que eso es lo que más los mantiene recaídos” (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018)

Para abordar tales situaciones, según manifiesta el Equipo Terapéutico, es necesario darles contención de una forma empática, en donde los usuarios vean al profesional como una persona de confianza. Una de las personas entrevistadas expone que “el lema de la adicción, de trabajar con personas en adicción es rigidez con empatía” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018).

Asimismo, otro de los funcionarios señala que el ir brindándoles ciertos privilegios como señal de la confianza que se han ganado a lo largo del proceso como salir a la “pulpería, lo de la salidas (...) se le asigna como capitán de habitación, ya se le concede como encargado de ministerios (...) al re-educado ya se le permite tener celular” (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018). No obstante, al respecto señala que lo anterior “se les permite no saliéndose del contexto” (persona funcionaria X, comunicación personal, 26 enero 2018).

Cabe destacar que el grupo de profesionales también se enfrentan a retos en su quehacer con este tema, entre los cuales destacan el hecho que muchos de ellos vienen en negación, lo que complejiza la intervención. También, exponen el lograr mantener a la mayor cantidad de personas en abstinencia, pues incluso aquellas que concluyen el proceso de tratamiento y cesan el consumo por meses o años, en algún momento recaen. No obstante, una de las profesionales señala que a pesar de ello, no se mantienen en ese estado tanto tiempo, sino que las recaídas tienden a ser menos intensas.

Otro de los desafíos que enuncian es el mantener el equilibrio en la relación terapéutica, pues al compartir con los residentes, conocer sus historias de vida y verlos transformarse durante el proceso, inevitablemente generan un vínculo emocional; que incluso cuando alguno de ellos recae o atraviesa una experiencia difícil, en ocasiones puede también llegar a afectar al profesional.

Expresan el tener esa asertividad con la población meta, pues como se manifestó dadas sus características y el enfrentar el síndrome de abstinencia, genera que los usuarios pasen

por una serie de cambios emocionales que pueden afectar momentáneamente la relación entre el o la profesional y el individuo en tratamiento.

El hecho de que el equipo no esté conformado por personas que hayan pasado por una dependencia hacia alguna sustancia ni por un proceso de tratamiento de este tipo, refiere una de las personas entrevistadas como un reto; dificultando la comprensión vivencial de lo que experimentan los residentes.

Por otra parte, a partir del contacto que tiene el grupo de profesionales con la población, logran identificar elementos que puede provocar que estos se retiren del tratamiento, así como factores que favorece el mantenimiento dentro del mismo. Con respecto a los primeros, a nivel interno del residente se reconocen el hecho que no aprendan a manejar las emociones, que vengan con otra finalidad que no sea trabajar en el consumo problemático y con este, no reconocer que presenta tal situación.

En el ámbito externo, fuera del alcance de la persona usuaria, se señalan la poca preparación de por parte de profesionales en relación con el tema pues no saben la manera adecuada de tratar a la población, al respecto una de las profesionales alude que “a veces es más fuerte lidiar con los profesionales que lidiar con las mismas personas en adicción (...) Por eso te digo la palabra es vocación porque si a mí me gusta pues todo eso lo voy a ver como un aprendizaje y si no me gusta me voy a frustrar verdad” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018); y en ocasiones las redes de apoyo son contraproducentes en tanto no establecen límites.

En cuanto a los factores que favorecen su mantenimiento en el programa se identifican, a nivel interno la parte espiritual, el hecho que ellos mismos sean testigos de sus cambios tanto físicos como emocionales y la recuperación del contacto con el sistema familiar. En el ámbito externo se tiene el tipo de trato que brinda el grupo de profesionales a la población meta, el darles contención inmediata ante sus necesidades, el desarrollo de un programa ordenado y la coherencia y comunicación constante entre el grupo de funcionarios.

Finalizada esta etapa, viene el egreso de la persona usuaria, hay diferentes escenarios que puede definir la salida, presentándose a su vez un procedimiento específico para el mismo. La primera es la partida prematura de manera voluntaria, se refiere a aquella en la cual la persona en tratamiento manifiesta su deseo de abandonar sin haber finalizado el proceso; para esto según aluden las y los profesionales primero se les da contención, tratando de interpretar las razones que llevan al residente a tomar tal decisión, y buscando posibles soluciones.

Si, aun así, el residente continúa con el deseo de partir, si existe algún recurso familiar o de apoyo se contacta, sin embargo, si no es posible hacerle cambiar de opinión, se procede con el retiro.

El segundo escenario es el egreso por expulsión, este se da cuando la persona en tratamiento incumple de manera reiterada el reglamento interno o comete faltas graves, como robar o ingresar drogas dentro del establecimiento. Finalmente, la otra circunstancia es cuando la persona concluye de manera satisfactoria con el programa de tratamiento.

En este último caso, la ACBC realiza un acto de graduación en donde se les da un título de cumplimiento y se les reconoce su labor delante de todas las personas, lo cual es un acto simbólico para ellos, ya que lograron cumplir su meta.

En cualquiera de dichos escenarios, para hacer efectiva la salida de la persona, se verifica la hoja de inventarios para asegurarse que las pertenencias que trajo sean devueltas, se hace una carta en donde se especifica el motivo de salida y se firma. Posterior a esto, viene la última fase del programa de tratamiento de la ACBC, la cual se caracteriza por ser de carácter ambulatoria.

2.3.2.3.5.4. Fase IV: Seguimiento.

Esta etapa es llamada por la UNODC (2003) como pos tratamiento, misma que tiene el propósito de apoyar al individuo a mantener los cambios logrados durante el proceso de

tratamiento, esto mediante visitas o llamadas telefónicas e incluso, se les motiva a acercarse a grupos de apoyo dentro de la comunidad.

La ACBC (s.f.b) señala que, tras un proceso de cambio de este tipo, el individuo se enfrenta a una crisis por el recuerdo del placer del consumo; además se considera que el no encontrarse en un espacio estructurado como antes, puede generar ansiedad. Por ende, esta etapa se caracteriza por ser de acompañamiento y orientación, de evaluar situaciones de alto riesgo y desarrollar actividades de afrontamiento, con la finalidad de prologar la abstinencia (ACBC, s.f.b), lo cual como se puede observar se encuentra acorde a lo que propone la UNODC (2003).

Según comentan las y los profesionales entrevistados, estos encuentros se dan presencialmente o telefónicamente cada quince o veintidós días dependiendo de la disponibilidad de la persona en tratamiento, ya que puede encontrarse laborando; y se extiende por un periodo mínimo de tres meses²², sin embargo, se puede ampliar a lo que la persona desee. Asimismo, señalan que los espacios se asignan basándose en la afinidad que posea la persona con determinado profesional, aunque una de las personas entrevistadas señala que por lo general lo realiza Terapia Ocupacional y Psicología.

Sobre las temáticas que se abordan, según exponen las y los diferentes entrevistados se encuentran la reinserción en el proyecto de vida, analizando la situación familiar, la administración del dinero, el área laboral y de educación, la canalización de sentimientos, el manejo de una sexualidad sana, prevención de recaídas e intervención en crisis; todos estos contenidos varían de una persona a otra, pues se ajusta la situación y sentimientos que enfrenta determinado individuo. Cabe destacar, que también se les motiva a asistir a grupos de apoyo, en donde incluso se les ofrece la opción de participar en las sesiones de los Doce Pasos que se dan dentro de la organización.

²² En el momento del trabajo de campo, se estaba trabajando en las modificaciones con IAFA para extender el seguimiento a seis meses

Desde lo que señala Moreno (2015) una circunstancia que se puede dar tanto a lo largo del tratamiento, pero también finalizado el mismo es la recaída, precisamente sobre esta, dos de las personas entrevistadas aluden que el porcentaje de personas que logran mantenerse en abstinencia es baja, no sólo a nivel de la ACBC sino de todas las organizaciones en general.

Dicho panorama hace cuestionarse sobre las razones que lo provocan, desde lo que señalan las y los funcionarios:

el 95% de las recaídas de las personas son emocionales, si tiene algo, se encontró con alguien y ese alguien talvez le debía plata, o se encontró con la mamá de su hijo (...) le dijo “*no, no quiero que vea a mi niño, no quiero que lo vea y listo*” (...) sigue existiendo los miedos después de que ellos se van. (persona funcionaria Z, comunicación personal, 13 febrero 2018)

Porque la adicción es una enfermedad crónica, entonces usted va a estar luchando con sus emociones y con su físico, aparte que la conducta adictiva es lo que lo hace a usted recaer (...) la conducta adictiva es fatal porque usted puede dejar el consumir pero si usted sigue siendo el mismo manipulador, en cualquier momento recae; usted puede dejar el consumir pero si usted sigue robando, en cualquier momento recae. (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

“el exceso de confianza muchas veces les juega una mala pasada a ellos” (persona funcionaria Y, comunicación personal, 22 enero 2018)

Sumado a esto, otra de las personas entrevistadas menciona sobre posibles detonantes que pueden provocar una recaída, entre estos exponen la pareja

yo siempre les digo que cambian una por otra, cuando salen de acá se buscan una novia, entonces cambian la adicción al consumo por una novia, entonces se fijan tanto y hacen

una codependencia, entonces cuando esa novia los deja, detonante, y se tiran a consumir (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018)

También, las emociones muy fuertes, ya sea una extrema felicidad o una extrema tristeza, a manera de ejemplo se señala lograr el contacto con el vínculo familiar que a pesar de ser algo positivo, les causa mucha ansiedad; o recibir rechazo por parte de alguien.

De ahí que sea tan necesario tener una fase de pos tratamiento, ya que es un apoyo ante la experiencia de volver a la realidad social, pues se genera múltiples sensaciones y escenarios que pueden desajustar a la persona y llevarlos a consumir nuevamente; por lo tanto, el hecho que la ACBC le dé la opción al usuario de mantenerse en seguimiento por el lapso que este desee es un alcance positivo.

Como parte de ese proceso, según comenta una de las personas entrevistadas un instrumento que utilizan es el texto de las treinta y siete señales de recaída de Terrence Gorski, el cual es un test donde se le pregunta a la persona si ha sentido alguno de los escenarios que ahí se presentan, para finalizar con una reflexión sobre las estrategias de la forma de afrontar tal situación.

Sin embargo, como menciona Moreno (2015) las recaídas son consideradas beneficiosas, pues permiten colocar en perspectiva lo que implica un consumo problemático, lo cual es compartido por una de las personas entrevistadas “la recaída es parte del tratamiento, o sea si usted no recae no se va a dar cuenta de todo lo mal que le va ir” (persona funcionaria W, comunicación personal, 22 enero 2018). No obstante, no se debe invisibilizar el hecho que esto puede generar un deterioro en las redes de apoyo, o algún impacto a nivel de salud, elementos que deben ser abordados.

Dentro de la ACBC, se pueden dar dos escenarios de recaídas, ya sea dentro del internamiento o fuera del mismo; si es el primero, dependiendo del caso se le impone una disciplina o se le expulsa; si es el segundo, se le trata de buscar puesto que ya conocen los

lugares que frecuenta y se le invita a volver a la ONG; en caso de que se rehúse se utiliza la política de puertas abiertas.

Asimismo, si se trata de una persona que finalizó el tratamiento y solamente recayó un par de días, se trabaja en el detonante; de hecho, sobre estos señalan que por lo general el nivel de la recaída es menor al pasar por un proceso de este tipo, pues ya no duran meses en el consumo, sino días, lo cual es considerado una ganancia. Pero, si es una persona que no terminó el proceso, se empieza de cero.

2.3.2.3.6. Trabajo interinstitucional.

Debido a la complejidad que implica el consumo problemático de sustancias psicoactivas, a la ACBC se le va a presentar situaciones que quedan fuera de su alcance, para esto se realiza un trabajo interinstitucional tanto con entidades estatales como no estatales. Primero, se va a hacer referencia a la vinculación de esta con el engranaje estatal vinculado directamente a la temática, y posteriormente se señalará el apoyo que recibe por parte de otras entidades.

2.3.2.3.6.1. Relación actual entre la ONG y el engranaje estatal.

En primer lugar, se debe de hacer referencia al vínculo entre la ACBC y el ente rector, desde lo señalado por el grupo de profesionales entrevistados, la relación que tiene la ACBC con IAFA es compleja, pues consideran que el rol que este ha tomado ha sido meramente evaluativo. Realizando solicitudes que en ocasiones quedan fuera del alcance de la organización y que deben de resolverse tal cual para poder seguir dando tratamiento, contando con escaso apoyo por parte del área de aprobación de programas del Instituto, “yo siempre se los he dicho a ellos sería bueno que fuera un acompañamiento porque se supone que el fin, que el objetivo es el mismo” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018).

Situación contraria sucede con el proceso de atención a pacientes, según señala una de las personas entrevistadas, la coordinación con las y los profesionales de este departamento

de IAFA es más fluida y colaborativa; pues tienen labores similares, por ende conocen las diferentes particularidades que se presentan.

De igual forma, como se detalló en la sección de recursos, se debe reconocer que el IAFA dota de presupuesto a la organización, el cual permite que haya profesionales para brindar atención a la población meta. Además de esta entidad estatal, otro tipo de instituciones públicas que aportan al sostenimiento de la misma son la JPS, el IMAS y el ICD, este último también ha desarrollado acciones en conjunto con IAFA para capacitar a las ONG en la materia, buscando un mejoramiento en la intervención que se realiza, esto respondiendo a lo propuesto en los planes nacionales sobre drogas, en donde se especifica la necesidad de capacitar al personal de las ONG en temas como consejería en adicciones y patología dual.

Lo señalado permite deducir que la vinculación existente entre ACBC y el aparato estatal se da en materia de financiamiento, evaluación y preparación, mismos que aportan a la organización y a la población meta; sin embargo, la organización señala la necesidad de mayor acompañamiento por parte del ente rector, comprendiendo la realidad particular de la misma. Afirmación que se comparte, en el sentido que el papel del IAFA con las ONG debe ser de mutuo apoyo y constante comunicación, buscando alternativas reales para las últimas pero teniendo como principio el bienestar de las personas que reciben tratamiento.

2.3.2.3.6.2. Apoyo que recibe de otras entidades.

Hay otros escenarios en los cuales la ACBC obtiene colaboración de diversas entidades públicas y privadas, uno de ellos es con el tema de la patología dual sin medicación, según comentan el grupo de profesionales para estos casos lo que se hace es referirlo a otra ONG que reúna las condiciones para atenderlo, contactar a la red familiar para que conozcan de la situación y se pueda visualizar las opciones o contactar al Hospital Nacional Psiquiátrico para que se encarguen del proceso.

La Clínica Marcial Fallas es otra institución que brinda apoyo, en esta se realizan las gestiones para la asignación de seguro por el Estado, lo cual les da acceso a los residentes a diferentes servicios de salud; de hecho, al mes de estar en internamiento en la ONG se les realiza exámenes de sangre y a los tres meses de ITS.

Siguiendo el ámbito de salud, también se cuenta con la Clínica Bíblica desde la parte de acción social en donde brindan servicios de odontología, situación similar se tiene con ASEMBIS que ocasionalmente realizan exámenes de vista y brindan lentes gratuitos.

A nivel educativo, el INA como se expresó es otra de las instituciones que se vinculan con la ACBC, guardando espacios en cursos de corta estancia para la población meta de la asociación; así como ciertas universidades públicas o privadas en donde la organización tiene la apertura de recibir estudiantes para que realicen sus prácticas profesionales, pasantías, trabajos comunales y trabajos finales de graduación, entre estas se detallaron la ULACIT, Hispanoamericana, UCR y la Castro Carazo.

Finalmente, señalaron al Tribunal Supremo de Elecciones (TSE) para la tramitación de cédulas de identidad, los juzgados por causas penales pendientes o la modalidad de “centro por cárcel”, y entre las mismas ONG se dan mucho apoyo mutuo “por ejemplo si aquí pues hay una donación muy grande y ya la repartimos y todo, pues llamamos a las ONG para que vengan a recogerla” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018).

Lo descrito se distingue como un alcance, en tanto la organización realiza un esfuerzo importante para brindarle diferentes recursos a la población meta, especialmente dadas sus características, en donde un alto porcentaje de ellas tienen un nivel educativo bajo, con condiciones de salud compleja, y con un acceso nulo o limitado a este tipo de servicios. Lo que a su vez, favorece al cumplimiento de la intersectorialidad establecido en las líneas de acción de la Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y los planes nacionales de drogas.

No obstante, recuperando lo explicado con anterioridad sobre la reiteración de tareas y el tiempo libre de los usuarios, se cree oportuno fortalecer aún más este aspecto; una estrategia es vincularse con: centro deportivos, gimnasios, escuelas de fútbol, institutos educativos, asociaciones comunales, entre otros; negociando posibilidad de becas y de esta forma encontrar actividades productivas que les brinden herramientas para mejorar esos espacios de inactividad, y les puedan ser útil no sólo durante el tratamiento sino para cuando lo concluyen.

Así como convenios fijos con universidades, y no ocasionales como lo tienen al momento, en donde el estudiantado pueda tener espacios dentro de la organización desarrollando diferentes talleres recreativos o socioeducativos.

2.3.2.3.7. Fundamentos teórico-metodológicos.

Para brindar una atención de calidad es necesario que las intervenciones sean sustentadas teórica y metodológicamente, pues esto permite que haya una mejor lectura de la realidad de la persona, viendo más allá de lo aparente y reflexionando sobre la mejor manera de intervenir. Desde lo afirmado por las y los funcionarios entrevistados de la ACBC hay diferentes perspectivas que fundamentan su trabajo con la población meta, por ende se hará referencia en los mismos.

En primer lugar, uno de las y los profesionales participantes destaca las comunidades terapéuticas, elemento retomado por la UNODC (2003) en el cual afirman que este modelo es utilizado mayormente en los programas de rehabilitación residencial de seis meses a un año, como es el caso de la ACBC. Desde lo que expone Llorente del Pozo y Fernández (1999) este se caracteriza por tener una estructura diaria de actividades de tipo recreativo, ocupacional, terapéutico a nivel individual, grupal e incluso familiar, en donde las y los residentes participan activamente; aspectos que en su mayoría se pudieron evidenciar en el programa de tratamiento que brinda la asociación.

El modelo biopsicosocial es otro de los componentes teóricos que se emplea, sin embargo reitera una de las personas entrevistadas, que a este se le ha agregado el componente espiritual, transformándose así en el modelo biopsicosocioespiritual; la misma señala que este es útil porque “ven a la persona más como persona y no como un enfermo” (persona funcionaria W, comunicación personal, 17 enero 2018).

El primero apunta que el ser humano está mediado por factores de carácter biológico como genética, funcionamiento fisiológico, entre otros; de índole psicológico como creencias, hábitos y emociones; y de tipo social como las interacciones personales, grupales, familiares, el contexto macrosocial, cultural y comunitario; viendo a la persona como un ser integral y a su vez, percibiendo el consumo de drogas con causalidad multifactorial (Asociación proyecto hombre, 2015).

Negrón (2007) expone que el modelo biopsicosocioespiritual “propone que el dolor y el sufrimiento causado por las adicciones son indicadores de que existe un elemento espiritual importante para el tratamiento de éstas” (p.31). Sobre la espiritualidad, la misma autora agrega que se refiere a esa exploración personal sobre el significado y propósito de su vida, la cual no busca implantar visiones específicas, sino que las personas sean creadoras de su propia realidad a partir de aspectos que le faciliten una vida saludable.

Aunado a esto, dicha autora hace una diferencia entre los conceptos de religiosidad y espiritualidad; en el primero hay un compromiso con una institucionalidad religiosa y sus dogmas, mientras que la segunda es una necesidad existencial del ser.

Desde la ACBC se puede identificar en cierta medida tal modelo, pues visualizan al ser humano en sus diferentes áreas, de ahí que también hayan diferentes profesionales interviniendo, quienes reconocen los diferentes aspectos de la historia de vida de la persona que influyeron en un consumo problemático. No obstante, en el plano espiritual se percibe una limitante.

Esta organización, como se ha descrito, hace uso del programa de los Doce Pasos de NA, siguiendo a Gutiérrez, Andrade, Jiménez y Juárez (2007) tal metodología ha sido muy popular alrededor del mundo; Costa Rica no es la excepción pues desde que se inició el trabajo con esta temática tal programa ha sido parte de los procesos de tratamiento, lo cual como se observa continúa a la fecha.

Cabe destacar que en su discurso se identifica que la solución a la situación de la persona se encuentra centrada en la relación de esta con Dios, depositando en otra persona la responsabilidad del proceso; así como invisibiliza los factores de riesgo que le llevaron a desarrollar una dependencia, lo que no permite una comprensión adecuada de fenómeno y culpabiliza a la persona.

El hecho que contenga el componente de deidad puede resultar positivo y significativo para algunas personas, pero no se puede generalizar; ya que “Los 12 pasos representan una forma particular de expresar la espiritualidad que se encuentra limitada por prácticas y cogniciones específicas, por lo que son necesarias investigaciones adicionales para confirmar estos resultados con otras medidas de espiritualidad” (p.63). Reconociendo que a nivel país hay un mayor apego al cristianismo, podría ligarse con lo anterior, reduciendo la espiritualidad a una visión particular; lo que invisibiliza otras formas de pensamiento.

Asimismo, la entidad se hace llamar cristo-céntrica y su nombre jurídico per se expresa tal cualidad, en donde a los residentes en su rutina diaria se les destina dos veces al día asistir al devocional y una vez al día al culto durante los seis meses de tratamiento.

Tomando como referencia lo expresado por Negrón (2007) el plano espiritual de la organización se encuentra transversalizado por la religiosidad, en primer lugar, porque se liga automáticamente con el cristianismo. Con esto no se quiere decir que las personas que posean tal creencia no la puedan practicar, sin embargo, a pesar de que algunas de las personas entrevistadas comparten que la población meta tiene la libertad de practicar cualquier doctrina, como se ha señalado previamente, los espacios en donde se practica ese

ámbito espiritual están dirigidos desde un dogma específico, incluso parte de los requisitos para ingresar es tener una Biblia.

Por ende, se considera que la organización confunde tales términos, ya que la espiritualidad no se encuentra asociado directamente con un Dios, y si es así no necesariamente vinculado a una religión particular, sino con la búsqueda existencial del ser que aporte en mejorar su calidad de vida.

Otro referente teórico que se emplea en la ONG, señalado por una de las personas integrantes del equipo, es el Modelo Transteórico propuesto por Prochaska y Diclemente, que se centra en los estadios por los cuales pasa una persona para modificar la conducta relacionada al consumo problemático, cambios que según plantea Flórez-Alarcón (2005) están determinados por variables psicosociales. Asimismo, dicho autor expone que esto permite que la persona pueda reconocer en la fase en la que se encuentra e ir adquiriendo estrategias de afrontamiento para dirigirse hacia el cambio deseado.

Dentro de estas estrategias, se hace uso de técnicas cognitivo-conductuales, las cuales según describen algunos de las y los profesionales entrevistados en la organización también utilizan. Desde lo que comparte Becoña y Cortés (2008) esta teoría desarrolla tácticas para que las personas puedan aumentar el control sobre sí mismo, centrándose en las situaciones actuales.

De hecho, desde lo compartido por una de las personas del Equipo Terapéutico, este enfoque es de apoyo “pues nosotros trabajamos mucho lo que es el aquí y el ahora (...) se basa mucho en el presente verdad” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018), visualizando a su vez, conductas y emociones. Algunas de las técnicas que se utilizan de este enfoque desde la ACBC son las tareas, la terapia de escribir, la silla vacía, ventana de Johari y prevención de recaídas.

La entrevista motivacional es otra de las técnicas utilizadas por el grupo de profesionales, según Torres (2010) esta se centra en los intereses del individuo y no el

profesional, en donde resulta necesario que este realice una escucha activa y reflexiva de lo comparte dicha persona, dejando que se exprese y respondiendo de forma constructiva, destacando los aspectos positivos a partir del discurso de la persona, buscando motivarle para el cambio.

La motivación, desde el criterio de algunas y algunos de los funcionarios de la ACBC, es fundamental en el proceso de recuperación de una persona con problemas de consumo, ya que esta es la que le permite continuar ante las situaciones adversas que presenta este proceso, y en casos donde el residente se desanima, las fuentes de motivación son de soporte para recordarle la importancia del trabajo que está realizando.

El modelo Matrix es otro de los componentes teórico metodológicos que está empezando a emplear la organización, el cual según señalan lo conocieron en los cursos de adicciones del que han sido parte. Este se caracteriza por ser ambulatorio, sin embargo, desde el criterio de dos miembros del equipo, se puede tomar aspectos para desarrollarlo en la ACBC. Su objetivo principal “no es tanto el realizar cambios destacables en la conducta del usuario (aunque la abstinencia sea la finalidad) cuanto aumentar la probabilidad de que vuelva de nuevo a la siguiente sesión (y así consecutivamente)” (Zarza, Obert, Rawson, Palau, Perelló del Río, Sánchez y Cortell, 2011, p.32).

Para esto, desde este modelo las personas asisten a diferentes sesiones abiertas, estas se dividen por: sesiones individuales y conjuntas (con el grupo familiar cercano); sesiones grupales de habilidades de recuperación temprana en donde se abarca técnicas para lograr la abstinencia; sesiones de prevención de recaídas brindando información sobre la misma y estrategias de afrontamiento; sesiones educativas para las familias en las cuales se le proporciona asesoría sobre el consumo y la forma en que pueden apoyar; y sesiones de apoyo social en donde se les orienta en habilidades de socialización (Zarza, Botella, Vidal, Ribeiro Do Couto y Martí, 2011)

Finalmente, otra de las técnicas que hace referencia una persona del grupo terapéutico es las charlas socioeducativas, sobre el modelo socioeducativo-promocional Molina y Romero (2004) señalan que “se apoya en acciones de concienciación, de movilización de recursos personales, grupales y del entorno, de la capacitación mediante el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan a las personas (...) mejorar la calidad de vida” (p.95)

Esto se ve reflejado a lo largo del proceso de atención que brinda la ACBC, ya que realizan sesiones en donde se les brinda información de diferente índole a las personas usuarias relacionado al consumo problemático de sustancias psicoactivas, con el propósito que aprendan a dirigir su vida de una manera sana.

Además de estos enfoques teórico-metodológicos utilizados por el equipo de la ACBC, existen otros elementos que impactan la atención que se le brinda a las personas usuarias, esto se ve reflejado en las percepción que tienen las y los funcionarios sobre el consumo de drogas.

Dichas perspectivas se encuentran ligados a los discursos y las políticas internacionales creadas alrededor del tema, a partir de los acercamientos realizados a la ACBC se pueden identificar varios de ellos.

En primera instancia, se puede reflejar la presencia del discurso médico-sanitario que se caracteriza por comprender el consumo de drogas como una enfermedad; esta visión es compartida por todas las personas entrevistadas en la ONG, cada una de ellas afirmó que la adicción es una enfermedad.

Esto se encuentra vinculado con la posición que se tiene a nivel país, ya que desde el IAFA y el ICD esta es la perspectiva que se tiene, y como se describió previamente las ONG reciben capacitación de tales entidades, de ahí que se reproduzca tal discurso; esto coincide con lo que señala Althusser (1980) sobre el Estado, el cual difunde ideologías hegemónicas a través de sus instituciones sociales.

Asimismo, parte del discurso médico-sanitario, dentro de la ACBC se identificó el uso de los manuales CIE-10 y DSM-IV para evaluar la situación de la persona, los cuales brindan una serie de elementos para clasificar el nivel de uso, abuso o dependencia hacia sustancias psicoactivas.

Se comparte con el grupo de profesionales que el consumo problemático o dependencia a sustancias psicoactivas es una situación que manifiesta ciertos aspectos en común entre las personas que la presentan; sin embargo, es necesario acotar que no todas las personas se enfrentan a lo mismo. En primer lugar, no todas las personas que emplean drogas desarrollan un consumo problemático, y aquellas que sí, no lo presentan de la misma manera, hay personas que se les dificulta la abstinencia más que otras, hay personas que pueden mantener un consumo moderado, hay personas que no puede tener contacto con la sustancia porque todo su sistema se descontrola.

Asimismo, se debe precaución con la asimilación de la persona con consumo problemático-enfermo, pues como lo señala Romaní (2003) esto implica colocar en una posición de pasividad a la persona en tratamiento, y quien tiene el conocimiento y poder es el o la profesional. A pesar de ello, se considera que la ACBC busca romper con esa verticalidad, y si bien, en efecto el Equipo Terapéutico tiene un bagaje teórico y metodológico, también escuchan las necesidades y deseos del individuo, fomentando una relación de mayor horizontalidad. Esto se refleja con uno de los comentarios realizado por una de las personas entrevistadas:

si yo me creo aquí como mirá soy la licenciada, soy la que he llevado las especialidades de adicciones y necesito aquí, ellos no me van a ver a mí como una a una, y no me van a tener confianza para hablarlo y eso pasa mucho con los profesionales, ellos no tienen confianza de llegar hablar porque usted no me da empatía, si usted a mí no me da empatía, vea usted no le saca una palabra a la persona en adicción. (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018)

De igual manera, algunas de las personas del equipo refirieron que compartían con ellos en diferentes espacios, como durante el desayuno, almuerzo o merienda, o acompañándoles en sesiones grupales donde no estaban como encargados de dirigir; fomentando esa relación de iguales.

Por otra parte, el programa de tratamiento que brinda la organización, como se afirmó, tiene por objeto lograr la abstinencia del consumo, lo cual se encuentra en vinculación con los preceptos del prohibicionismo, pues hay una tolerancia cero hacia las mismas. Si bien se comprende que no todas las personas tienen la posibilidad de consumir sin desarrollar una dependencia, por lo que resulta necesario un tratamiento de este tipo; no debería ser la única salida posible. Especialmente porque, aunque una persona tenga un arraigo profundo hacia determinada sustancia donde se compruebe que la mejor alternativa es el cese del consumo, si esta no lo desea así, se debe respetar su decisión.

Para el abordaje del consumo de drogas centrado en la salud pública, el elemento fundamental de su accionar son las personas, con sus derechos y libertades, y busca la evitación de denominaciones que estigmaticen (como llamar enfermos a todos los consumidores de drogas), por lo cual resulta incólume la noción y condición de ser humano de cada individuo. (OPS-OMS, 2014, p.75)

El prohibicionismo ha demostrado no haber dado los resultados esperados, siendo una estrategia poco realista en sus diferentes dimensiones, en el caso de la ACBC como lo señalaron algunas de las y los funcionarios entrevistados, alcanzar que las personas en tratamiento se mantengan sin consumir es complicado “porque ya son 7 años de que yo veo las mismas caras verdad, de que recayó, que se re-educó y volvió a recaer” (persona funcionaria V, comunicación personal, 17 enero 2018).

Por ende, se cuestiona sobre la viabilidad de un tratamiento que ofrezca como única alternativa la abstinencia, entendiendo que esta situación es multicausal, de ahí que sus respuestas deben ser diversas.

Aquellos modos de intervención con fuerte acento en la abstinencia y prohibición del consumo, ambas tenidas como objeto pero también como condición de tratamiento, constituyen verdaderos obstáculos a la hora de pensar la accesibilidad del usuario de sustancias a los diferentes niveles de atención del sistema de salud. (Barrenengoa, 2014, pp.270-271)

Se comprende que el grupo técnico de la ACBC comparta esta posición, pues es la que ha predominado en el país, sin embargo, otras naciones han optado por alternativas distintas en cuanto al tratamiento que se le debe brindar como lo es la propuesta de reducción del daño.

Costa Rica, tal y como se planteó en el apartado de formulación de la política pública, empieza levemente a involucrarse; empero, es necesario que las organizaciones, incluyendo la ACBC se comiencen a cuestionar si la abstinencia representa la mejor opción para el tratamiento, o si es necesario empezar a diseñar y ejecutar programas con objetivos y enfoques distintos.

2.3.2.3.8. Resultados del proceso de tratamiento.

Una vez concluido el programa de tratamiento que brinda la ACBC, las personas usuarias logran realizar ciertos cambios, mismos que son reconocidos por el grupo de personas entrevistadas. En primer lugar, estos mencionan la abstinencia, empero se considera que tal meta no se cumple a cabalidad, pues si bien quienes logran finalizar el plan mantienen la abstinencia por los seis meses en internamiento, según lo que comentan diversos de las y los funcionarios la recaída es muy alta, para la ACBC “De cien que entren aquí, tal vez dos se mantienen por el resto de la vida” (persona funcionaria W, comunicación personal, 22 enero 2018).

Por lo tanto, desde lo compartido por una de las profesionales, un alcance es el hecho que al menos disminuyan el consumo, o que pasen de utilizar tres sustancias a solamente una; haciendo alusión a la marihuana, ya que es de menos impacto que el crack por ejemplo.

Asimismo, un proceso de este tipo en el cual se trabaja diversas áreas de la persona, impacta al ser en su integralidad. A nivel personal, señalan las y los profesionales como una de las transformaciones el cambio físico, dado que hay una modificación en las actividades diarias, no sólo el cese del consumo, sino que hay una mejor estructura en los tiempos de comida y el descanso, en general una mejor satisfacción de necesidades básicas que definitivamente impactan positivamente al individuo.

Aunado a esto, hacen referencia al cambio conductual en donde aprenden a realizar un manejo más asertivo de sus sentimientos y emociones, pues a través de las diversas atenciones individuales y grupales se da una liberación emocional; es decir, abordar experiencias y traumas que impactaron su vida, permite que las personas se despojen de sentimientos poco agradables.

Lo anterior aporta en un mayor control de impulsos y mejora en la toma de decisiones, siendo una de los alcances reconocidos por el Equipo Técnico. No se puede dejar de lado el proceso de autoconocimiento y con este, el aumento de su autoestima, esto se refleja en lo mencionado por una de las funcionarias:

al usted enseñarle a ellos que ellos pueden hacer diferentes cosas a las que están acostumbrados a hacer, entonces ellos se van motivando, *“mirá yo sirvo para esto, mirá”, (...)* *“mirá yo sé hacer jardines, mirá yo puedo chapear, mirá yo puedo pasar un examen cosa que nunca me había pasado, mirá voy bien yo en el INA siempre voy súper bien”* (persona funcionaria W, comunicación personal, 22 enero 2018)

También hay un mayor conocimiento de lo que implica una dependencia, las fases de cambio, el síndrome de abstinencia, las ventajas y desventajas de consumir, los componentes de las sustancias, entre otros.

El ámbito familiar es uno de los principales resultados compartidos por el grupo de personas entrevistadas, ya que los residentes vuelven a recuperar el vínculo con sus redes

de apoyo, sin embargo esto no pasa con todos, y en ocasiones a pesar de que se restablece ese contacto, no los vuelvan a recibir en la vivienda.

A nivel laboral, algunos logran encontrar un empleo, y si no es así al menos se les capacita en la forma de realizar una hoja de vida y la manera de asistir a una entrevista, opciones que aunque puedan parecer básicas realmente pueden hacer la diferencia, especialmente para personas con baja escolaridad o que como lo señalan las mismas y mismos profesionales, nunca tuvieron un trabajo que no estuviese relacionado a las drogas.

Una persona que no concluye el programa desde la perspectiva de las personas entrevistadas, no logra adquirir esos conocimientos y habilidades, provocando que el consumo problemático continúe. Incluso, como se ha apuntado en temas de recaída, una persona que finaliza el tratamiento no se mantiene por tanto tiempo en contacto con la o las drogas, a diferencia de una persona que se retira de manera prematura.

Por otra parte, cada profesional que es parte del proceso de intervención tiene una perspectiva particular de la realidad, realizando aportes desde su área de conocimiento. En lo que respecta a Psicología, esta reconoce su labor en la parte emocional, restableciendo con la persona su identidad, la comprensión de las características de la “conducta adictiva”²³ y las estrategias para eliminarlo, la prevención de recaídas y proyecto de vida, lo cual es compartido por las investigadoras.

La profesión de Terapia Ocupacional señala su labor en encontrar la motivación de la persona, lo cual resulta fundamental para atravesar un proceso de este tipo; también el tema de la vocación, cuestión que les devuelve la autoestima y seguridad; y finalmente menciona el sentido de responsabilidad promoviendo la independencia. Asimismo, se considera que esta área realiza un trabajo muy importante, al enseñarles a los residentes diferentes actividades que pueden ejecutar en el día a día, con el fin de tener prácticas más saludables.

²³ Término utilizado por profesional del área

Trabajo Social apunta sobre su labor de acompañamiento en las cuestiones clínicas y de juzgados, el desarrollo de habilidades para la vida y proyecto de vida. También, se debe valorar su trabajo en el tema de violencia doméstica y masculinidades, siendo elementos que atraviesan los roles de género de la población meta; así como la identificación de sus redes de apoyo.

En lo que respecta a la misión organizacional, se percibe que esta se cumple de manera parcial, ya que existe un vacío en el trabajo familiar de forma activa, en donde estos reciban sus respectivos espacios de atención como parte de esa integralidad de las personas en tratamiento y el carácter de multicausalidad del consumo problemático; así como, el alto índice de recaída, imposibilitando la interrupción prolongada del consumo.

Finalmente, IAFA en el Decreto N° 35383 establece que un programa de tipo residencial ofrece un tratamiento sistemático, orientado por profesionales competentes dirigido a pacientes con problemas por consumo de alcohol u otras drogas, que pueden beneficiarse de un encuadre de alta intensidad, con internamiento durante las 24 horas, con un plan de objetivos terapéuticos definidos. Incluye cuidados profesionales de tipo médico, psiquiátrico, psicológico y social, que le garantiza al paciente un adecuado control de medicamentos, servicios de rehabilitación, abordaje de la familia, y otros servicios. De acuerdo con la duración del período de permanencia. (Poder Ejecutivo, 2009)

Al respecto, se considera que la ACBC tiene aciertos desde lo establecido por el ente rector y su tipo de tratamiento; no obstante, este no se ejecuta en su totalidad; ya que se establece la necesidad de involucrar diferentes profesionales entre estos de tipo médico y psiquiátrico, que como se ha manifestado es algo de lo que se carece, un adecuado manejo de medicamentos que es un aspecto debatible, y señala el abordaje familiar que como se acaba de exponer es insuficiente.

PARTE III

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

“Las ONGs son capaces de promover transformaciones en el quehacer y en la calidad de vida de la población. Tales transformaciones han de ser ecológicamente sanas, socialmente justas, económicamente sostenibles, culturalmente apropiadas y genéricamente equitativas”

Carlos Cordero (1996)

A continuación, se van a exponer las principales conclusiones obtenidas en la investigación realizada, estas para una mejor comprensión de la persona lectora se agrupan en relación con los objetivos propuestos.

I. Reconstruir la política pública costarricense vigente en materia de tratamiento ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

A partir de la información recuperada se constata que el consumo de sustancias psicoactivas no es un hecho reciente, al contrario, ha sido parte de la historia de la humanidad; no obstante, a finales del siglo XIX se dio la presencia de un uso de tipo problemático. Al respecto, la investigación pudo captar que la experimentación que se tuvo sobre las propiedades de las plantas desde la “Era Farmacológica” hasta la actualidad ha generado que se amplíe el conocimiento sobre estas y con ello haya una disposición por utilizarlas.

Sin embargo, el ideal que proponen los gobiernos que su uso sea exclusivamente para fines científicos y médicos no se ha cumplido, aun cuando existe legislación que vela por esto. La explicación de un uso problemático no se limita a tal experimentación masiva, sino que se identifica la presencia de una ruta de vulnerabilización que da como resultado la dependencia a estas sustancias, destacando el impacto que tiene la macro estructura en las personas.

Aunado a lo anterior, se evidenció que las estrategias de regulación sobre la producción y comercio de estas sustancias tiene un trasfondo económico y una intención de mantener el control social, en tanto la ideología dominante reproduce que la utilización médica es la única forma de uso legítima, visión respaldada desde una política prohibicionista, la cual propone sancionar todo lo relacionado al otro fin, entendiéndose producción, comercialización y uso.

Esta perspectiva está presente en las acciones que el Estado costarricense ha implementado para dar atención al consumo problemático de drogas, en tanto las oportunidades de tratamiento para la población tienen por meta la abstinencia total. Además, la educación que se da alrededor del tema coloca estas sustancias como chivo expiatorio, con el objetivo de prevenir el contacto con ellas, lo cual lleva a generar un conocimiento tergiversado, en el que se da un distanciamiento entre drogas legales e ilegales, o bien en la que los medicamentos no son considerados como drogas.

En ese sentido, cabe acotar que esta política ha sido promovida desde Estados Unidos y que debido a la posición de poder que este tiene sobre los otros países de América, la mayoría de estos han sido aliados, creando normativa que contribuya a la sanción de la producción, comercialización y uso para otros fines, siendo Costa Rica uno de ellos.

Tras la intensificación del impacto en la salud que genera el consumo problemático, inician las acciones públicas. A nivel país, como se ha detallado, la situación considerada problema fue el abuso del alcohol, y debido a las características del contexto social y económico, quien asumió las primeras labores fue la élite filantrópica a través de los centros de salud que se estaban formando en la época. Esta intervención se caracterizó por ser inmediatista, ya que este tipo de consumo se explicaba como un comportamiento desviado, por ende, las medidas tenían por meta atender el episodio de intoxicación.

A medida que se acentúa el fenómeno, las acciones se fueron fortaleciendo, la sociedad civil seguía teniendo participación, sin embargo, con el auge del periodo desarrollista del

Estado, este último toma un papel más activo; se creó normativa, se fortalecieron las entidades creadas desde la sociedad civil y se incorporó en la institucionalidad pública una entidad especializada en la materia, tomando forma la política pública.

Parte de esos cambios a nivel estatal, un aspecto medular fue la influencia por parte de la OMS para que el país adoptara las explicaciones del enfoque médico sanitario, por lo que las acciones que se platearan deberían orientarse bajo dicha perspectiva; la cual considera que la adicción es una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento para su recuperación.

Lo anterior, a su vez, dio paso a que desde el Estado con el INSA se trabaja en las estrategias de atención, para hacer esto posible se iniciaron las investigaciones sobre la temática y se incorporaron profesionales en la atención. No obstante, la limitante de este enfoque es que se basa en la dicotomía salud-enfermedad, colocando como fin la abstinencia, situación que invisibiliza otras alternativas de tratamiento.

Alrededor de la década de los ochenta, al sumarse el uso de otras sustancias e iniciar la tendencia del policonsumo, se hacen presentes nuevas necesidades, dando como resultado el cambio de INSA a IAFA. Sin embargo, se presentaron limitantes a nivel institucional entre estas: poca claridad sobre la conceptualización del fenómeno y acciones aisladas.

Además, con la instauración del neoliberalismo, el Estado no solo perdió el protagonismo que había alcanzado, ya que las opciones de atención que se crearon durante el periodo anterior fueron cerradas de forma paulatina, sino que se presenta un aumento en la presencia de las ONG, lo que dio paso a colocar de nuevo en las iniciativas de índole privada, la principal oportunidad para el tratamiento.

Entonces, la política pública actualmente se caracteriza por ser descentralizada, ya que gran parte de la responsabilidad del tratamiento bajo internamiento está depositada en las ONG, mientras que el aparato estatal asume la fase de desintoxicación y orientación que corresponde a la primera etapa, esto a través del IAFA y de los centros de salud,

característico de un modelo social mínimo. Producto de esto, el Sistema Nacional de Tratamiento respalda el trabajo intersectorial para atender las necesidades de la población usuaria de drogas.

Además, es focalizada, ya que, debido a la poca participación del Estado, la política de tratamiento ha ido respondiendo a las prioridades que arroja el contexto, con ello, las acciones mayormente han sido dirigidas a la población de hombres, aun cuando se reconoce que existen otras poblaciones que requieren de atención.

Se identifica también que la política es sectorizada, la propuesta de atención creada desde el marco normativo vigente no es homogénea, aunque comparte la conceptualización teórica de la adicción como una enfermedad, en su nivel práctico cada directriz plantea una estrategia diferente de implementación, según sea la entidad responsable por ejemplo el sector salud y el sector seguridad.

Los puntos de encuentros que destacaron en algunas directrices fueron el enfoque de habilidades para la vida y el de consejería en adicciones; no obstante, al no existir uniformidad en las metas que se quieren lograr y en las acciones que se deben seguir, es complejo que funcione el Sistema Nacional de Tratamiento como se espera.

Por último, no se puede omitir que, si bien la política pública busca ser una acción estatal y no gubernamental, cada gobierno de turno prioriza, según sus intereses, recursos y tareas; con ello la continuidad de los programas y proyectos se ve impactada y al mismo la oportunidad para la población con consumo problemático de sustancias psicoactivas de una atención de calidad.

II. Determinar los servicios sociales que ofrecen las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

En primer lugar, se debe acotar que la creación de ambas ONG responde a la reducida participación del Estado en la atención al consumo problemático de drogas. Tras la reforma implantada desde el modelo neoliberal en las funciones estatales las opciones de tratamiento que se iniciaron durante el periodo desarrollista se deterioraron, propiciando que la responsabilidad de la ejecución de la política pública creada en esta materia, fuera depositada en organizaciones como estas.

Al mismo tiempo, se identifica que el origen de ambas organizaciones posee un carácter filantrópico y religioso. El primero en tanto las personas fundadoras basadas en su propia experiencia de vida buscaron apoyar a personas que presentaran dicha situación; el segundo pues hay una vinculación con el aspecto cristiano.

Cuando al IAFA se le atribuye la tarea de aprobar y vigilar el funcionamiento de los programas de atención públicos y privados, se crean directrices regulatorias para estos servicios sociales, que más adelante se convierte en normativa; lo que permite que para este momento existan lineamientos básicos que toda ONG debe acatar para su funcionamiento.

Tras el acercamiento que se tuvo a las ONG ACBC y HSAD se afirma que para este periodo de investigación, ambas se regulan a través de la normativa vigente, y por la información compartida se vislumbran esfuerzos por cumplir con la misma; sin embargo, aun cuando la norma lo que estipula son aspectos básicos, no todos los elementos solicitados se cumplen a cabalidad.

Esto da la impresión que existe una flexibilización de la normativa desde las entidades encargadas de regularlas, lo cual puede estar relacionado con el hecho de que desde el

aparato estatal se tiene conocimiento de las limitantes que enfrentan estas organizaciones, pero que a pesar de ello son quienes brindan la mayor parte del tratamiento.

En esa misma línea, las directrices proponen en relación con el tratamiento, que debe particularizarse para atender las necesidades de las personas, no obstante, aunque ambas ONG seleccionaron como población meta a hombres mayores de edad y hacen un esfuerzo por captar las singularidades de los usuarios para abordarlas en el proceso de recuperación, se debe reconocer que existe un apriorismo metodológico; ya que se selecciona con anterioridad y sin consulta previa a la persona usuaria como objetivo de tratamiento la abstinencia, el cual tiene relación con la perspectiva prohibicionista y el enfoque médico sanitario que posee la política pública costarricense en la materia.

Precisamente sobre esta finalidad del cese del consumo, se debe resaltar que no es un resultado que se logre a largo plazo, esto se da principalmente durante la estancia en un entorno estructurado y controlado como lo son las entidades estudiadas; desde lo mencionado por las personas entrevistadas, si bien hay casos de éxito, el índice de recaída es alto, ya que es una constante que las personas egresadas hagan uso del servicio en repetidas ocasiones.

Dado que las ONG se acogen a lo demandado a nivel país, se considera que el modelo de tratamiento implementado presenta limitaciones, por lo que es necesario optar por diferentes estrategias. El Estado costarricense se está acercando tímidamente a la construcción de propuestas distintas, siendo el Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica la primera acción; no obstante, se requiere que esta política sea llevada al nivel de ejecución de los procesos de tratamiento que brindan las ONG y el país en general.

Asimismo, a partir de lo compartido por las personas participantes en esta investigación, las ONG requieren de un mayor acompañamiento por parte del IAFA; en síntesis, se

determinó que a nivel evaluativo el ente rector debe involucrarse en la definición de los fundamentos teórico-metodológicos y técnico-operativos de los procesos de tratamiento.

Interesa destacar que desde las ONG estudiadas, se identificaron dos visiones respecto del consumo de drogas. Una de carácter científico, sustentada por el grupo de profesionales, la cual comprende que el consumo problemático de sustancias se encuentra vinculado con una multiplicidad de factores a nivel personal, familiar, contextual y estructural; razón por la cual hacen uso de diferentes corrientes teórico-metodológicas para intervenir.

La otra perspectiva es de tipo religioso, sustentada por el Área de Consejería y de las personas que imparten las charlas, quienes se basan en el modelo de los Doce Pasos. Este ha tenido gran transcendencia y formó parte de los inicios de la atención en Costa Rica mediante la CSA y se mantiene en la actualidad, el cual reconoce la necesidad de una vinculación con Dios para lograr el proceso de recuperación.

Finalmente, el acercamiento que se tuvo con el Equipo Técnico de las ONG estudiadas permitió identificar que existe poca capacitación alrededor de los trastornos mentales, aun cuando se ha comprobado que existe una relación entre el consumo y dichos trastornos. Por lo que se considera necesario que la política pública amplíe y promueva en su integralidad la salud mental, con el propósito de que los servicios que se presten desde las ONG, se sustenten en el conocimiento y las pautas para atender ambas situaciones, y que las acciones no sean únicamente dirigidas a la adherencia al tratamiento de padecimientos psiquiátricos, como ocurre en la actualidad.

III. Identificar los principales alcances y limitaciones de los servicios sociales que brindan las ONG Asociación Cristiana Benéfica Caleb y Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez- Ernesto Durán para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El acercamiento que se tuvo a ambas organizaciones, permitió identificar aciertos y debilidades, que deben ser reconocidas con el fin de fortalecer los servicios sociales que se brindan a las personas que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Primero, se debe reconocer la validez del trabajo que realizan, ya que tanto la ACBC como el HSAD consideran a las personas que se atienden como seres sujetas de derechos, superando estereotipos que se han creado históricamente acerca de la población consumidora de sustancias psicoactivas.

Como se ha señalado, ambas organizaciones tienen por población meta los hombres entre dieciocho y sesenta y cinco años, sin embargo, atendiendo la necesidad de atención de sectores que han sido vulnerabilizados, la ACBC presta atención a aquellos en situación de calle, y por su parte, el HSAD recibe también a personas transgénero. A su vez, las mismas reconocen que los adultos mayores tienen pocas oportunidades de tratamiento, por lo que existe la posibilidad que estas pongan a disposición sus servicios, según el estado de salud del usuario; dichas acciones son muestra del compromiso que poseen con la población meta.

Por lo anterior, se debe resaltar que, si bien estas organizaciones representan una opción de tratamiento para la población, y son un actor que aporta en la ejecución de política pública en la materia, su alcance a nivel cuantitativo es reducido, específicamente por la capacidad máxima de población a atender que posee cada entidad.

En el ámbito comunicativo organizacional, se presenta un distanciamiento entre las diferentes áreas que componen las ONG, lo que complejiza no sólo la ruta a seguir como entidad sino la división de tareas; de hecho, a raíz de los acercamientos realizados, se

evidenció confusión en los roles, sobrecargo de labores en determinadas personas, en ocasiones no se considera la capacitación del funcionario o funcionaria según el trabajo por realizar. Situación que coloca la necesidad no sólo de reflexionar sobre los quehaceres de cada área, sino de fortalecer los procesos de planificación, evaluación y comunicación institucional.

También, cabe subrayar que los servicios sociales que ofrecen las ONG estudiadas se encuentran condicionados por el cumplimiento de requisitos, uno que sobresale es el pago de una cuota por la estadía. Al respecto, se debe acotar que la política pública identifica la necesidad de atención que presenta la población con consumo problemático de drogas, y con esto, la responsabilidad del Estado en resguardar sus derechos, entre ellos la salud; no obstante, si una persona no cuenta con los medios para pagar por el tratamiento, se restringe la oportunidad de atención.

Lo expuesto da cuenta del el impacto que tiene el que los servicios sean brindados por ONGs, ya que, si los servicios fuesen brindados desde el aparato estatal, la oportunidad de atención no estaría sujeta a las condiciones materiales de las personas, en tanto se conoce que los servicios de IAFA son gratuitos. Si bien se comprende la realidad que envuelve a las ONG, estas no dejan de tener una lógica de organización privada.

Parte de estas limitantes que se identificaron y que interfieren en el proceso de tratamiento, se encuentra la infraestructura de las ONG. Como se indicó, los espacios donde se llevan a cabo las intervenciones no fueron creados para este fin, aunque se han hecho esfuerzos por cumplir con los requisitos establecidos por IAFA. Los inmuebles aun presentan debilidades: existe hacinamiento, poca privacidad en las oficinas de atención, escaso espacio para la recreación; lo que tiene injerencia en la calidad del servicio brindado. Al mismo tiempo, la oportunidad de atención se encuentra obstaculizada para los hombres que presentan alguna discapacidad física, pues las organizaciones no están adaptadas para las necesidades de los mismos.

No obstante, se debe reconocer que las ONG trabajan por ofrecer una atención profesional contemplando diferentes perspectivas, de ahí que haya presencia de diversas profesiones como: Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional y Consejería; esto en miras de visualizar al individuo en su integralidad.

Esto resulta positivo, pues las organizaciones estudiadas les están brindando recursos a lo que, dadas las características de la población, no tendrían acceso; por ende, son servicios que le brindan a la persona la oportunidad de trabajar su problema de consumo, así como los factores de riesgo que provocaron tal situación. Sin embargo, se debe anotar que en ambas organizaciones hay ausencia de ciertas profesiones según lo que se establece en la normativa, aspecto vinculado con el tema de recursos.

El trabajo interdisciplinario en las diferentes fases del tratamiento es variado. Se da en mayor medida en ciertos momentos, mientras que en otros se debilita; por lo que es necesario potenciarlo a lo largo del mismo, con la intención de cumplir la meta de atención integral que se coloca como una directriz desde el Sistema Nacional de Tratamiento.

Particularmente, en cuanto a la construcción del Programa de Tratamiento, este se encuentra sujeto a las y los profesionales que integran el Equipo Técnico, el aporte de quienes son parte de la Junta Directiva es limitado, perdiéndose la oportunidad de retroalimentar el mismo desde la perspectiva de totalidad de las personas que conforman la ONG.

Por otra parte, durante la etapa de ejecución del plan de tratamiento del individuo, las atenciones son disciplinarias, cada profesional es responsable de la implementación de sus tareas, y esto, al ser una suma de intervenciones dificulta que los servicios sociales sean integrales.

La etapa de admisión del proceso de tratamiento, se cree necesario repensarse, puesto que es la primera conexión formal del sujeto de atención con la ONG, por lo que la información que se obtenga es el principal apoyo para el planeamiento de la intervención;

por lo tanto, si no es llevada a cabo de manera adecuada, provoca que cada profesional se deba dar en la tarea de indagar sobre los mismos aspectos en la fase de evaluación integral, situación revictimizante para las personas usuarias.

Por otra parte, se constata una reiteración de actividades en las rutinas de la población que se atiende durante el tratamiento, destacando la necesidad de diversificar las mismas, no sólo que incidan positivamente en el proceso de recuperación, sino para el disfrute de la población meta. En suma, en las sesiones grupales se presentaron dos escenarios: en uno, hay poca claridad sobre las temáticas, pues desde las diferentes áreas técnicas se repiten algunos de los contenidos; y en el otro, no se tiene previamente planificado el orden de las mismas, lo que podría ser confuso para los participantes en esos espacios.

Otro aspecto a fortalecer es el trabajo familiar, si bien las redes participan en etapa de admisión, es necesario que se involucren en la fase de rehabilitación, recibiendo algún tipo de atención, aunque sea de carácter socioeducativo. No sólo porque representa una directriz del ente rector, sino porque impacta positivamente en el proceso de recuperación de la persona usuaria, y de la red de apoyo en sí misma.

Finalmente, las personas que son parte del proceso de tratamiento que brindan tanto la ACBC como el HSAD, obtienen resultados positivos, entre los que destacan: el aumento de autoestima, el manejo asertivo de sentimientos, la mejora en toma de decisiones, mayor claridad en el proyecto de vida, reconexión con ciertas redes de apoyo, mayor comprensión de lo que implica una dependencia, conocimiento sobre recursos que tiene a su alcance, entre otros; elementos que al finalizarse el servicio de la ONG le serán de ayuda en la vida cotidiana.

Recomendaciones

A partir de los resultados derivados del proceso investigativo y en función de las conclusiones expuestas, se identifican una serie de recomendaciones a distintos actores presentes en los procesos de tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

A la entidad rectora en la materia

- I. Propiciar espacios que permitan la discusión sobre las experiencias exitosas y sobre los puntos que limitan la obtención de los resultados deseados en los procesos de tratamiento, con miras a generar insumos que permitan fortalecer la intervención que se realiza en la materia a nivel país.
- II. Fortalecer el modelo de atención ante el consumo problemático de drogas, algunos aspectos básicos que se pueden considerar para la reflexión son: la comprensión del objeto de trabajo, la comprensión sobre los sujetos que componen la población meta, los métodos y las técnicas de intervención, los recursos requeridos y los recursos disponibles, y las metas que se desean alcanzar.
- III. Fomentar procesos de reflexión entre la entidad rectora y las ONG, con el fin de establecer estrategias que permitan superar las limitaciones que enfrentas estas últimas, mejorando así los procesos de tratamiento de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en su integralidad.

A las Organizaciones No Gubernamentales

- I. Generar procesos de planificación y de evaluación organizacional que permitan una programación adecuada del trabajo a realizar, y con este visualizar los resultados obtenidos; con el propósito de poseer insumos para subsanar debilidades en razón al cumplimiento de su misión y su visión, tomando en cuenta la participación de todo el equipo de trabajo que compone a la ONG para el enriquecimiento de las propuestas.
- II. Propiciar que el *Programa de Tratamiento del Consumo de Alcohol y otras Drogas* sea formulado en forma colectiva, mediante reflexiones mutuas entre los diferentes

miembros de la organización; tomando como puntos de partida, la misión y visión de la ONG para obtener una visión de totalidad e interdisciplinariedad.

- III. Reflexionar sobre la división de tareas y responsabilidades entre las y los funcionarios en relación con las capacidades que estos posean, con el propósito de que los servicios sociales que se brindan sean de calidad, en tanto vele por el resguardo de los derechos de la población meta.
- IV. Fortalecer, dentro del *Programa de Tratamiento*, el trabajo que se da con las redes de apoyo inmediatas de la persona usuaria que presenta consumo problemático de drogas, ya que el trabajo terapéutico y socioeducativo con este grupo impacta en los resultados positivos que se pueden tener en el proceso de recuperación.
- V. Reflexionar sobre el contenido dicotómico que se reproduce durante el proceso de tratamiento, teniendo una perspectiva científica y otra de carácter religioso, buscando una mayor complementariedad entre las mismas, en función a las necesidades y demandas de la persona consumidora de sustancias psicoactivas.
- VI. Reestructurar la calendarización de las actividades diarias de la población meta, en donde se fomente otro tipo de espacios recreativos, deportivos, culturales y educativos, que favorezcan tanto su proceso de tratamiento como el proceso de reinserción a la vida cotidiana fuera de la organización.

A la Escuela de Trabajo Social

- I. Incentivar la participación de las y los profesionales de la disciplina en la construcción de oportunidades de tratamiento desde la arista terapéutica para las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente dado el protagonismo que tuvo la profesión en los orígenes de la atención.
- II. Mantener la actualización profesional en relación con la temática, ya que el consumo problemático de las drogas sigue siendo objeto de estudio, generándose constantemente avances en el conocimiento que se tiene sobre este, así como variables en las propuestas metodológicas de intervención, esto se puede lograr través de cursos de extensión docente o educación continua.

Futuras investigaciones en torno al tema

El proceso investigativo realizado permitió identificar elementos relacionados al tratamiento ante el consumo problemático de drogas que requieren de mayor estudio, entre estos se encuentran:

- I. Construir estrategias que permitan ampliar el trabajo con el grupo familiar de forma tal que no requiera de gran cantidad de recursos, y que, a su vez, faciliten y tengan alcances en el proceso de tratamiento de la persona con consumo problemático y de la red de apoyo.
- II. Profundizar como objeto de estudio el enfoque y la metodología de los Doce Pasos, sus alcances y limitaciones.
- III. Elaborar alternativas para los procesos de seguimiento, tomando en cuenta las necesidades de la población meta, la intención de sostener el periodo de abstinencia, para los casos que se requieran o desean de este modo y las características de los centros que brindan la atención.
- IV. Investigar sobre alternativas de tratamiento viables desde un enfoque de Reducción del Daño, tomando en consideración el contexto y situación a nivel país con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población usuaria de drogas.

Referencias Bibliográficas

- Abdallah, G y 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. San José, Costa Rica.
- Acuña, C y Esquivel, R. (1975) *Trabajo Social por correspondencia: aplicaciones en el área de alcoholismo rural*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Adis, G. y Morales, I. (1967) Estado actual de la epidemiología del alcoholismo en Costa Rica. *Centro de Investigaciones Psicológicas*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Aguirre, E., Guzmán, J., y Menocal, A. (2015) *Las políticas contra las drogas de Estados Unidos en México y América Central: sus consecuencias 2007-2013*. (Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Alcoholic Anonymous World Services. (1976) *Alcohólicos anónimos, versión en español*. New York: Estados Unidos.
- Alfaro, A. (2010) Comercio y consumo de marihuana en Costa Rica de 1950-1970. *Centro de Investigaciones Históricas de América Central*. Obtenido desde: https://www.academia.edu/20801656/Comercio_y_consumo_de_marihuana_en_Costa_Rica_de_1950_a_1970
- Althusser, L. (1980) *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Siglo XXI. México D.F, México.
- Álvarez, L., Galeano, G., López, C., y Noguera, H. (2010) *El quehacer de Enfermería en el*

abordaje de las necesidades de salud de las personas adolescentes en proceso de rehabilitación de adicción a las drogas, institucionalizadas en los Albergues de Hogar CREA en el Gran Área Metropolitana. (Seminario para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Álvarez, M. (2013) *Programa educativo de Enfermería para el fortalecimiento del autocuidado dirigido a estudiantes que consumen drogas lícitas e ilícitas del Liceo Roberto Brenes Mesén, durante el año 2013.* (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Anchía, F y 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.* (Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Araya, R. y Fernández, M. (2015) *Análisis de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado de un grupo de adultos con antecedentes de uso problemático de drogas, mediante la escala de ASA, San Ramón, 2015.* (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.

Arce, L., Bolaños, A., y Zamora, Y. (2013) *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 periodo 2000-2012.* (Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Arroyo, C. y Castillo, P. (2014) *Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las personas adultas mayores de la Asociación Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados durante el año 2013.* (Tesis para optar

por el grado de Licenciatura en Enfermería) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Artavia, P., Regueyra, G y Bejarano, J. (1991) Análisis del funcionamiento del IAFA y propuesta de reestructuración. IAFA: San José, Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1974) Ley N°5395: Ley General de Salud. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.222* del 24 de noviembre de 1973. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999) Ley N°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. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.250* del 24 de diciembre de 1999. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=41967&nValor3=111029¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=2&strSim=simp#ddown

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2001) Ley N° 8093: Creación del Programa Nacional de Educación Contra las Drogas N° 8093. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.59* del 23 de marzo del 2001. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46036&nValor3=48558&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002a) Ley N° 8289: Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.147* del 01 agosto del 2002. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48978&nValor3=52271&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002b) Ley N°8261: Ley General de la Persona Joven. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.95* del 20 de mayo del 2002. Costa Rica. Obtenida desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48550&nValor3=95949&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002c) Ley N° 8204: Reforma Integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.8* del 11 de enero del 2002. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48392&nValor3=93996¶m2=3&strTipM=TC&lResultado=23&strSim=simp

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2012a) Ley N° 9047: Ley de Regulación y Comercialización de bebidas con contenido alcohólico. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.152* del 08 agosto del 2012. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73058&nValor3=105745&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2012b) Ley N° 9028: Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta No.61* del 05 de abril del 2012. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72249&nValor3=107844&strTipM=TC

Asociación Cristiano Benéfica Caleb. (s.f.a) Asociación Cristiano Benéfica Caleb Resumen. [Documento facilitado por la dirección técnica] San José, Costa Rica.

Asociación Cristiano Benéfica Caleb. (s.f.b) Antecedentes breve reseña. [Documento facilitado por miembro del equipo técnico] San José, Costa Rica.

Asociación Cristiano Benéfica Caleb. (s.f.c) Manual del usuario-Plan de tratamiento. San José, Costa Rica.

Asociación Proyecto Hombre. (2015) El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS). Obtenido desde: <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>

Azofeifa, J. (1983) *Antecedentes y perspectivas de la legislación sobre tabaco en Costa Rica: La historia de un monopolio*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Derecho) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Badilla, J., González, D., Morales, V., Sequeira, Y., y Valverde, M. (2015) *Consumo de drogas y colegios: una aproximación crítica a los programas preventivos dirigidos a personas adolescentes escolarizadas*. (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. Limón, Costa Rica.

Badilla, S. (2013) *Factores que pueden incidir en madres consumidoras de drogas, para*

abandonar el tratamiento de rehabilitación. Propuesta para un programa en el Hogar Crea Madres con hijas e hijos en Coronado. (Tesis para optar por el grado de Maestría en Estudios de Posgrado en Farmacia). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Barrenengoa, P. (2014) Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública. *IV Jornadas de investigación de la facultad de Psicología y III encuentro de becarios de investigación.* La Plata, Argentina. Obtenido desde: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/51487>)

Bautista, N. (2011) *Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones.* El Manual Moderno: Bogotá, Colombia.

Becoña, E., y Cortés, M. (coord) (2008) *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones.* España: Socidrogalcohol. Obtenido desde: https://www.researchgate.net/publication/260882943_Guia_clinica_de_intervencion_psicologica_en_adicciones

Bejarano, G. y Víquez, R. (Agosto, 1996) Las Organizaciones No Gubernamentales ante el nuevo rol del Estado. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria.* (4) n° 2. 421-448. Obtenido desde: <http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>

Bermúdez, S. (2011) *El impacto experimentado por los padres y las madres con descendientes adictos a drogas y que asisten a un grupo de autoayuda.* (Tesis para optar por el grado de Maestría Profesional en Orientación). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Bertolini, J y Córdoba, J. (Agosto, 1996) Consideraciones jurídicas sobre el manejo de fondos públicos por parte de las fundaciones. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria*. (4) 2. 479-504. Obtenido desde: <http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>
- Bertolotto, M. (Setiembre, 2003) Escenarios de principio de siglo. Tercer Sector y ONGs. *Boletín Electrónico Surá*. 86. 1-37. Obtenido desde: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0086.pdf>
- Bettyány, K y Cabrera, M. (coord) (2011) *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: apuntes para un curso inicial*. Uruguay: UCUR. Obtenido desde: http://www.cse.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/FCS_Batthianny_2011-07-27-lowres.pdf
- Blickman, T y Jelsma, M. (julio-agosto, 2009) La reforma de las políticas de drogas: experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Revista Nueva Sociedad* (222), 81-103. Obtenido desde: http://nuso.org/media/articles/downloads/3623_1.pdf
- Botey, A. (1993) *Auge y Crisis de la Economía y el Estado Liberal (1890-1940)*. San José, Costa Rica: Publicaciones de la Cátedra de Historia de las Instituciones de Costa Rica.
- Brenes, S y Gutiérrez, F. (2010) *Prácticas sexuales de los y las adolescentes entre los 15 y 17 años y el consumo de sustancias psicoactivas en tres colegios urbano marginales de San José, durante el primer semestre del año 2010*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Briceño, J. (Agosto, 1996) ONGs y Estado: en busca de una nueva agenda social. Entrevista a Reuben William. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria*. (4) n° 2. 561-569. Obtenido desde: <http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2017) CCSS reforzará abordaje de trastornos mentales, de comportamiento y problemas de adicciones. Obtenido desde: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-reforzara-abordaje-de-trastornos-mentales,-de-comportamiento-y-problemas-de-adiccion>
- Calvo, K., Peralta, G., Quesada, I., Rodríguez, L. y Stephenson, M. (2015) *Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014*. (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Camacho, E. (2014) *Conocimiento sobre prevención, uso y abuso de drogas en adolescentes tempranos: Escuela de Música de Barva de Heredia, abril 2014*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Campos, G., López, C., y Montero, V. (2011) *Elaboración de un protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectas por el consumo de drogas y su recién nacido (a) en el Hospital San Vicente de Paúl. Heredia, durante el año 2010*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Campos, H., Gamboa, B., Morales, D., Pizarro, S., Ramírez, K. y Villalobos, J. (2015) *Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle: San José, Costa Rica, durante el año 2014.* (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Carmona, V., Carrillo, I. y Potoy, D. (2016) *Conocimientos y prácticas en el consumo de drogas en adolescentes de Liceo de Bijagua, el Liceo diurno José Martí y el Instituto Superior Julio Acosta García, en el año 2016.* (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Carvajal, H y San Lee, L. (1994) *Evaluación de un programa de tratamiento del consumo de drogas: IAFA 1986-1991.* Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia: San José, Costa Rica.
- Cascante, A. y Gómez, E. (2011) *Propuesta de una sala interactiva de prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas para los niños y las niñas de seis a doce años visitantes del Museo de los Niños de Costa Rica.* (Proyecto de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Castegnaro, M. (2000, Setiembre 01) Día histórico: Carmen Nieto de Madrigal. *Revista Viva-La Nación.* Obtenido desde: <http://www.nacion.com/viva/2000/septiembre/01/cul4.html>
- Castegnaro, M. (2003, Setiembre 17) Día histórico: Irma Morales Moya. *Revista Viva-La Nación.* Obtenido desde: <http://www.nacion.com/viva/2003/septiembre/17/cul4.html>

- Castillo, A y Chavarría, S. (1976) Alcoholismo una solución práctica ADEPEA. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Castillo, Y. (2015) *Atención psicoterapéutica a personas consumidoras de drogas que acuden al IAFA, Sede de Occidente: un abordaje desde la terapia sistémica.* (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.
- Castro, J. (2016) *Alternativas jurídicas a la política anti-drogas costarricense en materia de cannabis. Enfoque a partir del estudio histórico y del derecho comparado.* (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Derecho). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Chacón, W. (julio-diciembre, 2014) Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas. Características de la oferta y la accesibilidad territorial en Costa Rica. *Revista Geográfica de América Central*, 2(53), 135-151. Obtenido desde: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/6615/6747>
- Charpentier, F. y 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.* (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Sociología). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Chiavento, I. (2007) *Administración de recursos humanos: el capital humano de las organizaciones.* México: McGraw-Hill. Obtenido desde: https://xlibros.com/wp-content/uploads/2014/04/Administracion-de-recursos-humanos.-CHIAVENATO-8th_redacted.pdf
- Clarke, S. (1985) Estado, lucha de clases y reproducción del capital. *Capitalismo y Estado.*

1ed. 49-77. Editorial Revolución: Madrid, España.

Collins, J. (2014) La Economía de una Nueva Estrategia Global. *Acabando con la Guerra contra las Drogas. Informe del Grupo de Expertos de LSE en Economía de las Política sobre Drogas.* LSE ideas. 7-15. Obtenido desde: http://www.senado.gob.mx/marihuana/Documentos/08_informacion/LSE-IDEAS-Drugs-Report-Spanish.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (1999) Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas. Una experiencia en las Américas. Obtenido desde: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/pa/Doc%2027%20-%20Normas%20m%C3%ADnimas%20OEA.pdf

Comisión Internacional del Opio. (1912) *Convención Internacional del Opio.* Haya, Países Bajos. Obtenida desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDExtradicion/pdf/E4-24B.pdf>

Comisión Internacional del Opio. (1925) *Convención Internacional sobre Restricción en el Tráfico del Opio, Morfina y Cocaína.* Ginebra, Suiza. Obtenida desde: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/i2.pdf>

Comisión sobre Alcoholismo. (s.f.) *10 aniversario de su fundación: 1955-1965.* San José, Costa Rica.

Cordero, C. (Agosto, 1996) Incógnitas para la ecuación. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria.* (4) n° 2. 451-466. Obtenido desde: <http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>

- Cordero, L., Loria, E., Morales, M. y Vega, J. (2012) *Responsabilidad ciudadana en la prevención de drogas: perspectivas de los y las habitantes de Costa Rica que se inscriben en la red social de Facebook, 2011*. (Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Corella, M., González, M., Cruz, A., y Valverde, F. (2012) *Experiencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas en un grupo de mujeres que han sido madres durante la etapa de adolescencia, en los centros: hogar CREA madres con hijos y Hogar CREA damas, en el I y II semestre del 2011*. (Seminario para optar por la Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Cortés, E. (2016) Política criminal y encarcelamiento por delitos relacionados con drogas en Costa Rica. *ACEID y CEDD*. San José, Costa Rica. Obtenido desde: http://www.drogasyderecho.org/files/Politica_Criminal_y_Encarcelamiento_por_Delitos_Relacionados_con_Drogas_en_Costa_Rica.pdf
- Cortés, E. y Amighetti, D. (2014) Política de drogas y Derechos Humanos: reformas en Costa Rica. *Perspectivas* (4). Obtenido desde: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/10860.pdf>
- D'Alolio, I. (enero-junio, 2014) El Estanco de aguardiente en Costa Rica: formación de Estado y política fiscal (1821-1837). *Revista de Historia*. (69), 75-98. Obtenido desde: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/6515>
- Damín, C. (2015) Consumo de sustancias psicoactivas: cuando es un problema. *Voces en el Fénix*. (42), 11-19. Obtenido desde: http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/fenix42%20baja.pdf
- De Melo, A. (2004) Organizaciones No Gubernamentales. En: Cattani, A. (Org) *La otra economía*. (pp. 339-343) Obtenido desde:

<http://www.economiasolidaria.org/files/Laotraeconomia.pdf#page=339>

Del Olmo, R. (1992) *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

Del Olmo, R. (1998) *La cara oculta de la droga*. Colombia: Temis S.A.

Doga, J. (2015) *El uso del Focusing como herramienta para el tratamiento de adictos en recuperación en un programa de doce pasos: una práctica en Costa Rica Recovery Center*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Escohotado, A. (1996) *Historia elemental de las drogas*. Barcelona, España: Editorial Anagrama

Fábrica Nacional de Licores. (2017) Historia. Costa Rica. Obtenido desde: <http://www.fanal.co.cr/historia>

Federación de Hogares Salvando al Alcohólico. (2017) Misión y Visión. San José, Costa Rica. Obtenido desde: <http://www.fedehogares.com/es/94-home-es/92-federacion-hogares-salvando-al-alcoholico.html>

Felbab-Brown, V. (2014) Mejorando las Políticas del Lado de la Oferta. *Acabando con la Guerra contra las Drogas. Informe del Grupo de Expertos de LSE en Economía de las Política sobre Drogas*. LSE ideas. pp 43-52. Obtenido desde: http://www.senado.gob.mx/marihuana/Documentos/08_informacion/LSE-IDEAS-Drugs-Report-Spanish.pdf

Fernández, A. (2010) *Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados (I): utilidad comparada en los trastornos mentales*. España: Editorial UOC. Obtenido desde: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/20498>

- Flórez-Alarcón, L. (2005) Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta colombiana de Psicología*. 8(1) 47-78. Obtenido desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100004
- Gallardo, H. (1997) Drogas y Mercancía: prohibición, legalización. En: Oyamburu, J., González, M., Peláez, A. *Paraísos Artificiales: un debate sobre las drogas en Costa Rica* (pp. 85-90) San José, Costa Rica: Embajada de España, Centro Cultural Español.
- García, A. (2014) *Estrategias de prevención y manejo del consumo no terapéutico de marihuana, aplicables en el primer nivel de atención. Revisión Bibliográfica*. (Tesis de posgrado para optar por el grado de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sistema de Estudio de Posgrado). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- García, M y Ortiz, A. (2014) Opiniones ciudadanas ante las políticas antidrogas en seis ciudades de América Latina. *Análisis Político*, 27 (80), 27-52. Obtenido desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v27n80/v27n80a02.pdf>
- Gold, D., Clarence, L., y Olin, E. (1985) Recientes desarrollos en la teoría marxista del Estado capitalista. *Capitalismo y Estado*. 1ed. 171-205. Editorial Revolución: Madrid, España.
- Gómez, E y Segura, J. (2015) *Factores asociados a Salud Mental que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente, desde la Teoría de H. Peplau, en el Liceo Rural el Jardín, Pérez Zeledón*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Gómez, J. (2014) Organizaciones no gubernamentales y entidades sin ánimo de lucro en Colombia. Despolitización de la sociedad civil y tercerización del Estado. *Revista Gestión y política pública.*, 23 (2). 359- 384. Obtenido desde <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n2/v23n2a3.pdf>
- Gómez-Restrepo, C y Okuda, M. (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* (XXXIV) 1, 118-124. Obtenido desde: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
- González, C. (1995) Hospital San Juan de Dios: 150 años de historia. *EDNASS-CCSS*: San José, Costa Rica.
- González, L., Muñoz, S., y Soto, W. (2015) Diseño de Análisis Organizacional sobre el Servicio de Atención a Pacientes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Universidad de Costa Rica.
- González, R. (1995) Organizaciones No Gubernamentales. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social.* 3 (1) 41-45. Obtenido desde: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v3n11995/art6.pdf>
- Guerrero, A. y Zúñiga, L. (2008) *La Junta de Protección Social en el contexto histórico-social de Costa Rica: su papel en la asistencia social.* (Tesis de Licenciatura para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Obtenida desde: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2008-12.pdf>
- Gutiérrez, A. (Enero-julio 2015) El método terapéutico religioso de Alcohólicos Anónimos. *Revista de Ciencias Sociales y Religión, Porto Alegre.* 22. 188-200.
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A y Juárez, F. (Julio-Agosto, 2007) La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos

- Anónimos (AA). *Revista Salud Mental*. 30(4) 62-68. Obtenido desde: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230409.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (1995) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados. (2018) Plan de Tratamiento. San José, Costa Rica.
- Hourmilougué, M. (1997) *Temática del Uso Indebido de Drogas*. Argentina. Obtenido desde: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2004) *Plan Nacional sobre Drogas 2005- 2007*. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/Marco_Estrategico/PND_2005_2007.pdf
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2007) *Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012*. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2008_2012.pdf
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2012) *Plan Nacional sobre Drogas Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013- 2017*. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017.pdf
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2014) Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas 2013. San José, Costa Rica. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacionalDrogas2014.pdf
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2015) Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas 2014. San José, Costa Rica. Obtenido desde:

http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_DrogasActivConexas2015.pdf

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2016) Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas 2015. San José, Costa Rica. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SitNacional_DrogasActivCon_2016.pdf

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2017) Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas 2016. San José, Costa Rica. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_Drogas_ActivConexas_2017.pdf

Instituto Costarricense sobre Drogas. (s.f) *Drogas: Preguntas más frecuentes*. Obtenido desde: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/upp/publicacionesUPP/Drogas_preguntas_m%C3%A1s_frecuentes_ld.pdf

Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (2010) Principios de tratamiento para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. Estados Unidos. Obtenido desde: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2017) *Galería de la Mujer: Irma Morales Moya (1910-1998)*. Obtenido desde: <http://www.inamu.go.cr/irma-morales-moya-1910-1998->

Instituto Nacional sobre Alcoholismo. (1980) *Reseña histórica 1925-1979*. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional sobre Alcoholismo. (1984) *Problemática de Alcoholismo en Costa Rica*. Dirección General Centro de Capacitación y Docencia. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional sobre Alcoholismo. (Noviembre, 1974) *Los primeros 20 años del Instituto Nacional sobre Alcoholismo: 1954-1974*. Boletín 182. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012) Fascículo de Consumo de Cocaína y Crack. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, 2010*. Obtenido desde: <http://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/50.-Fasciculo-4-Consumo-de--Cocaina-y-Crack--1-de-julio--FinalD.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2014) *60 aniversario del IAFA: Historia Animada*. [Cortometraje] Costa Rica: IAFA. Obtenido desde: <https://www.youtube.com/watch?v=Ox35dXYJji8>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015) Las drogas y sus efectos. Proceso de Investigación. Obtenido desde: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Drogas-y-sus-efectos-15_junio_2015.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017a) Atenciones brindadas en Servicios IAFA, según sexo, por año. *Datos Abiertos: datos de tratamiento*. Obtenido desde: <http://datosabiertos.iafa.go.cr/visualizaciones/26749/atenciones-brindadas-en-servicios-iafa-segun-sexo-por-ano/>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017b) Directorio: Programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica 2017. Obtenido desde: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Directorio-Enero-2017.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017c) Asignación de Recursos 2017 Organizaciones No Gubernamentales. Obtenido desde: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/transparencia/Asignaci%C3%B3n%20r>

[ecursos%202017%20Organizaciones%20no%20Gubernamentales.pdf](#)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017d) *Acerca de IAFA: Historia, IAFA: 60 años de servicio*. Obtenido desde: <https://www.iafa.go.cr/acerca-de-iafa/historia.html>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017e) *Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica*. San José, Costa Rica. Obtenido desde: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017f) Datos Abiertos: Edad de primer consumo de alcohol, según sexo, 2015. Obtenido desde: <http://bit.ly/2e8k27M>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017g) Datos Abiertos: Edad de primer consumo de tabaco, según sexo, 2015. Obtenido desde: <http://bit.ly/2dUT8CY>

Jiménez, A. (2010) *Lineamientos de intervención desde el Trabajo Social para el abordaje de las mujeres-madres consumidoras de sustancias psicoactivas atendidas en el CAID IAFA San Ramón*. (Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.

Jiménez, S. (2015) *Factores de riesgo presentes en recaídas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidas en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Jiménez, S., Quirós, H., Solís, V. y Vega, M. (2014) *Experiencias vividas por un grupo de mujeres adictas durante el período de gestación y parto en relación con las*

- agencias prestatarias de servicios de salud.* (Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Kast, F. y Rosenzweig, J. (1998) *Administración en las organizaciones: enfoque de sistemas y de contingencias.* México: McGraw-Hill.
- Kierszenon, F. (1985) *Historia del monopolio de licores 1821-1859.* (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Historia) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Leiton, V. (2011) *Deterioro de las funciones ejecutivas, atención y memoria operativa en personas dependientes al crack: propuesta para la comprensión de la rehabilitación cognitiva, programa dirigido al personal clínico del IAFA.* (Tesis para optar por el grado de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- León, E y Coto, C. (2004) *Bebidas alcohólicas, alcoholismo y respuesta institucional a la drogodependencia.* Heredia, Costa Rica.
- León, M., Montero, T., y Reyes, R. (2012) *Representaciones sociales sobre drogas de personas jóvenes atendidas en la Oficina Regional IAFA Occidente, Sede San Ramón, Alajuela.* (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.
- Lessa, S. (2000) Luckás: El método y su fundamento ontológico. En Borgianni, E. y Montaña, C. (Orgs) *Metodología y Servicio Social.* (pp. 199-228) Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora.
- Lima, L; Parodi, J; Urrutia, C y Tesch, W. (Abril, 1979) Estado, Política Social y Trabajo Social en América Latina. *Revista Acción Crítica*, (5), 1-17. Obtenido desde:

<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/accioncritica/ac-cr-005-05.pdf>

Llorente del Pozo, J. y Fernández, C. (1999) Comunidades terapéuticas: situación actual y perspectivas de futuro. *Revista Adicciones*. 11(4) 329-336. Obtenido desde: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/612/601>

Luiz, J. (2012) El derecho penal de las drogas. *Revista Crítica Penal y Poder. Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos*. (3) 104-120. Obtenido desde: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi_7Y_DqeTLAhXB1h4KHSYmCRoQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Frevistes.ub.edu%2Findex.php%2FCriticaPenalPoder%2Farticle%2Fdownload%2F3730%2F6728&usq=AFQjCNHhhUZaUQtEwPu9ajczN3k6FQixA&sig2=4IA4YThTZjYyuAyKjswKnA&cad=rja

Luna-Fabritius, A. (setiembre-diciembre, 2015) Modernidad y drogas desde un perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Política y Sociales* 60 (225), 21-43. Obtenido desde: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182015000300021

Marchena, J. (julio-diciembre 2015) El nacimiento de las corporaciones azucareras en Guanacaste 1890-1970. *Diálogos Revista Electrónica de Historia*. 16 (2) 83-119. Obtenido desde: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/18106/19717>

Markez, I y Póo, M. (Dirección) (2000) Drogodependencias: reducción de daños y riesgos. Observatorio Vasco sobre drogodependencias. Obtenido desde: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/eu_9033/adjuntos/Drogodependenciasriesgos.pdf

Martínez, M. (2006) La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*. 9 (1)

123-146. Obtenido desde:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf

Mazzotti, P. (2008) Las drogas, sus implicaciones culturales, política y económicas. *Jornades de Foment de la Investigació*. Obtenido desde:
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80231/forum_1999_24.pdf?sequence=

Méndez, C. (2001) *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación*. McGraw-hill Interamericana: Colombia.

Míguez, H. (1982) Alcoholismo: su problemática en un país con hábitos de consumo de bebidas destiladas. Instituto Nacional sobre Alcoholismo. San José, Costa Rica

Míguez, H. (junio, 1987) Apuntes sobre la cultura del guaro. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 33(2), 105-111. México D.F., México.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2010) *Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 "María Teresa Obregón Zamora"*. San José, Costa Rica. Obtenido desde:
<https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/122fcd1c-53a7-47a7-a0ad-84cac6f1d7b9/PND-2011-2014-Maria-Teresa-Obregon-Zam>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2014) *Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante"*. San José, Costa Rica. Obtenido desde:
<https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd1da1b4-868b-4f6f-bdf8-b2dee0525b76/PND%202015-2018%20Alberto%20Ca%C3%B1as%20Escalante%20WEB.pdf>

- Ministerio de Salud. (2010) *Plan Nacional de Salud 2010-2021*. San José, Costa Rica. Obtenido desde: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/costa_rica_plan_nacional_de_salud_2010-2021.pdf
- Ministerio de Salud. (2012) *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José, Costa Rica. Obtenida desde: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015) *Política Nacional de Salud 2015-2018 “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”*. San José, Costa Rica. Obtenida desde: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file>
- Molina, I. (2002) Del legado colonial al modelo agroexportador Costa Rica (1821-1914). En: Botey, A. *Costa Rica, Estado, Economía, Sociedad y Cultura desde las sociedades autóctonas hasta 1914*. San José, Costa Rica: EUCR.
- Molina, I., y Palmer, S. (1997) *Costa Rica 1930-1996: Historia de una Sociedad*. San José, Costa Rica: Porvenir.
- Molina, I., y Palmer, S. (2005) *Costa Rica del siglo XX al XXI: Historia de una sociedad*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Molina, L., y Romero, M. (2004) *Modelos de intervención asistencial, socio-educativo y terapéutico en Trabajo Social*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Obtenido desde: <https://books.google.co.cr/books?id=-9ct5Zm8zyoC&pg=PA92&lpg=PA92&dq=trabajo+social+socioeducativo&source=bl&ots=NZcb6Brgoy&sig=f-objdMEYgv9iy4yGaPhwjK0den0&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiN8IujqbXaAhUE>

Mt8KHbETCFMQ6AEIfDAG#v=onepage&q=trabajo%20social%20socioeducativo
&f=false

Monge, L y Boza, E. (2011) La función político ideológica de las ONG en el escenario de la (contra) reforma estatal. *Revista Rebelión*. Obtenido desde: <http://www.rebellion.org/docs/127163.pdf>

Montaño, C. (2003) De las lógicas del Estado a las lógicas de la Sociedad civil y del Mercado: Crítica al “tercer sector” y el nuevo trato a la “cuestión social”. *Servicio Social Crítico: Hacia la construcción de un proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora: Brasil.

Montaño, C. (2004) Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional crítico. XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social ALAETS. Obtenido desde: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-045.pdf>

Montaño, C. (2009) Política Social, Servicio Social y desafíos en la actualidad. *Rumbos TS* (4) 15-22. Obtenido desde: https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbm_xwcmF4aXN0c2FtZXJpY2FsYXRpbmF8Z3g6MjkxM2JjYTFjOWVIZWFkYg

Morales, O. (1993) Organizaciones no Gubernamentales y Sociedad civil en El Salvador. *Revista Realidad*. 31. 83-105. Obtenido desde: <http://www.uca.edu.sv/revistarealidad/archivo/4e4e96d6e0ddaorganizaciones.pdf>

Moreno, R. (2015) *Entre el consumo de drogas y la drogadicción*. Argentina: Editorial Brujas. Obtenido desde: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/39610>

Murillo, W., y Mora, M. (2012) *Factores psicosociales de género e institucionales que*

inciden en la prevalencia del consumo de drogas en mujeres privadas de libertad Costa Rica. (Tesis Final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Navarro, J. (1998) Las ONG y la prestación de servicios sociales en América Latina: el aprendizaje ha comenzado. En Cunillgran, N. y Bresser, L. (coord.) Lo público no estatal en la reforma del Estado. (pp. 95-114). Obtenido desde: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan000166.pdf>

Negrón, G. (2007) Convergencias entre la perspectiva de fortalezas y la espiritualidad: una perspectiva alterna para el tratamiento de las adicciones en Puerto Rico. *Revista Análisis (Etapa I)*. 8 (1) 23-44. Obtenido desde: <http://revistas.upr.edu/index.php/analisis/article/view/13436/11093>

Offe, C. (1976) La política social y la teoría del Estado. Obtenido desde: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmVxZWVudXN0YXJkb2N0b3JhZG8yMDE0fGd4OjM0NmM1OTM1ZGQ3MDBiNmE>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003) Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Viena. Obtenido desde: https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Ordoñez, A. (2004) *Drogas y el imaginario colectivo entre 1949 y 1973 en Costa Rica* (Tesis para optar por el grado de magíster en Historia) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Organización de las Naciones Unidas. (1961) *Convención Única sobre Estupefacientes*. Obtenidas desde: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

- Organización de las Naciones Unidas. (1971) *Convención sobre Sustancias Sicotrópicas*. Viena, Austria. Obtenido desde: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1988) *Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas*. Viena, Austria. Obtenido desde: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1969) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. *Serie de Informes Técnicos*. 16 (407) 1-30. Ginebra, Suiza. Obtenido desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38468/1/WHO_TRS_407_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1975) *Consecuencias del tabaco para la salud. Informe de un Comité de Expertos*. Serie de Informes Técnicos n° 568. Ginebra, Suiza. Obtenido desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40804/1/WHO_TRS_568_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1994) Glosario de términos de alcohol y drogas. Obtenido desde: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1994) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de trastornos mentales y de comportamiento. Traducción Editorial Médica Panamericana. Obtenido desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=2DE9EEE588A4964827AB8F26FCA3297D?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2004) Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Obtenido desde:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005) *Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*. Ginebra, Suiza. Obtenido desde: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010) *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra, Suiza. Obtenido desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44486/1/9789243599939_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014) Estudio sobre las capacidades del sector salud para el abordaje de los problemas de salud pública relativos al uso de sustancias psicoactivas. Obtenido desde: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=804-sustancias-psicoactivas&category_slug=1-gerencia-y-coordinacion&Itemid=518

Ortega, P. (Productor) y Ángel, L. (Directora) (2015) *El Jardín Tóxico: Episodio 1 y 2* [Documental] Costa Rica: Laboratorio Audiovisual de Documentalismo Investigativo (LAUD).

Oszlak, O y O'Donnell, G. (1995) Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Revista REDES*. 2(4) 99-128. Obtenido desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90711285004>

Oyamburu, J. (1997) Las drogas: un largo camino. En: Oyamburu, J., González, M., Peláez, A. *Paraísos Artificiales: un debate sobre las drogas en Costa Rica* (pp. 1-7) San José, Costa Rica: Embajada de España, Centro Cultural Español.

Palladares, F. (1988) Las políticas públicas: el sistema político en acción. *Revista de Estudios Políticos*. 62, 141-162. Obtenido desde: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/27007.pdf

- Palmer, S. (1997) Juventud, Drogas y pánicos en Costa Rica: una perspectiva histórica. En: Oyamburu, J., González, M., Peláez, A. *Paraísos Artificiales: un debate sobre las drogas en Costa Rica* (pp. 85-90) San José, Costa Rica: Embajada de España, Centro Cultural Español.
- Palmer, S. (2004a) Entre la ciencia y la magia. En: Molina, I., y Palmer, S. *La voluntad radiante: cultura impresa, magia y Medicina en Costa Rica (1897-1932)* (pp.131-156) San José, Costa Rica: EUNED.
- Palmer, S. (2004b) Filas en los laboratorios. En: Molina, I., y Palmer, S. *La voluntad radiante: cultura impresa, magia y Medicina en Costa Rica (1897-1932)* (pp.157-180) San José, Costa Rica: EUNED.
- Pastorini, A. (2004). ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría "concesión-conquista". *La Política Social Hoy*. 2ed. 207-231. Cortez Editora: Brasil.
- Pérez, G., Arango, M., y Sepúlveda, L. (2011) Las organizaciones no gubernamentales - ONG-: hacia la construcción de su significado. *Ensayos de Economía*. 38. 243-260. Obtenido desde: <http://www.bdigital.unal.edu.co/29490/1/27942-98991-1-PB.pdf>
- Pérez, L. (2013) *El Estado costarricense frente al Narcotráfico: el caso del Plan Nacional sobre Drogas (2006-2011)*. (Tesis para optar por el grado Licenciatura en Ciencias Políticas). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- APA (1994) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Versión española. Barcelona, España: Masson S.A. Obtenido desde: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Poder Ejecutivo. (2005) Decreto Ejecutivo N° 32997: Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos de Atención a personas Consumidoras de Alcohol y

otras Drogas, Mayores de Dieciocho años Programa: Desintoxicación. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.69* del 06 de abril del 2006. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=56843&nValor3=62343&strTipM=TC

Poder Ejecutivo. (2008) Decreto Ejecutivo N°34784: Declaratoria del el consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.202* del 20 de octubre del 2008. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=64171&nValor3=74291&strTipM=FN

Poder Ejecutivo. (2009) Decreto Ejecutivo N° 35383: Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.175* del 08 de setiembre del 2009. Costa Rica. Obtenido desde: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/norma-publicada-decreto-35383-s.pdf>

Poder Ejecutivo. (2012a) Decreto Ejecutivo N° 37110-S: Política del Sector Salud para el Tratamiento de la persona con problemas derivados de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica 2012-2022. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.122* del 25 de junio del 2012. Costa Rica. Obtenida desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC

Poder Ejecutivo. (2012b) Decreto Ejecutivo N° 37111: Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.108* del 05 de junio del 2012. Costa Rica. Obtenido desde:

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72642&nValor3=88740&strTipM=TC

Poder Ejecutivo. (2012c) Decreto Ejecutivo N ° 37185: Reglamento a la Ley General de Control de Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.124* del 27 de junio del 2012. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72804&nValor3=89027&strTipM=TC

Poder Ejecutivo. (2012d) Decreto Ejecutivo N° 36948: Reglamento general sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No12* del 17 de enero del 2012. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=71828&nValor3=110771&strTipM=FN

Poder Ejecutivo. (2013) Decreto Ejecutivo N° 37778: Reglamento de etiquetado de los productos de tabaco y sus derivados. Publicado en *Diario Oficial La Gaceta No.138* del 18 de julio del 2013. Costa Rica. Obtenido desde: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75275&nValor3=93278&strTipM=TC

Poulantzas, N. (1979) Hacia una teoría relacionista del poder. *Estado, Poder y Socialismo*. Editorial Siglo XXI: Colombia.

Prada, M y Soto, S. (2014) *Intervención clínica breve desde la Terapia Familiar Sistémica, en una Comunidad Terapéutica, a familias con un miembro en tratamiento para la dependencia a sustancias psicoactivas*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Prado, M. y Calderón, P. (Agosto, 1996) Las Organizaciones No Gubernamentales ante el

nuevo rol del Estado. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria*. (4) n° 2. 408-420. Obtenido desde:

<http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>

Quesada, A. (2008) El “Tercer Sector”, la “Economía Social” y el Trabajo Social en Costa Rica. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(119), 107-119. Obtenido desde: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15312718007.pdf>

Quesada, A. (2016) *Comunidad terapéutica para la reinserción social de adolescentes de la calle en situación de vulnerabilidad*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Arquitectura). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Ramírez, J. (2015) *Los procesos gerenciales en Trabajo Social desde el Patronato Nacional de la Infancia y el Instituto sobre el Alcoholismo y Farmacodependencia: un análisis de las dimensiones institucional y organizacional en las acciones orientadas a las personas menores de edad en adicción y situación de calle*. (Tesis para optar por el grado de Maestría Académica en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Redondo, D., Valverde, D. y Velásquez, M. (2013) *Programa educativo de Enfermería para la cesación del fumado dirigido a personas que deseen dejar el hábito del tabaquismo: Asociación Alberque de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente ubicada en el distrito de Tirrases de Curridabat, durante el primer semestre del 2013*. (Practica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Restrepo, M. y Correa, M. (enero-diciembre, 2005) Las Organizaciones No Gubernamentales y el Trabajo Social. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*. 21

(21). 136-155. Obtenido desde:
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/878/5353>

Rodríguez, C. (1992) *Las grandes transformaciones del agro y su impacto sobre la reproducción de los campesinos en el periodo 1950-1984* (Tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Sociología) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Rojas, C. (2007) *Dimensión terapéutica del Trabajo Social costarricense: un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras*. (Tesis para optar por el grado de Magistra Scientiae en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Rojas, E., Canales, M y Ramírez, M. (2003) Taller sobre prevención de la Violencia Intrafamiliar dirigido a Adolescentes residentes en el Hogar: Ejército de Salvación en Concepción de Tres Ríos. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Rojas, I. (Agosto, 1996) Proyectos de reforma y organización: del control financiero al control político. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria*. (4) n° 2. 467-478. Obtenido desde:
<http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>

Romaní, O. (2003) Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado? *Sistema Penal y problemas sociales*. (pp. 429-450). Obtenido desde:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=891211>

- Romanos, S. (2000) *Guía de fuentes de información especializadas. Humanidades y Ciencias Sociales*. Buenos Aires: GREBYD. Obtenido desde: http://biblio.colmex.mx/cursos_investigacion_documental/Gu%C3%ADa%20de%20fuentes.pdf
- Romero, M., Oviedo-Joekes, E., Mach, J y Markes, I. (2005) Programas de Jeringuillas. *Monografía Opiáceos*. 17(2) 257-275. Obtenido desde: http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/monografia_opiaceos.pdf
- Rosales, L. (1975) *Estudio sobre el tratamiento social en la comisión sobre alcoholismo*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Sánchez, B. (2014) *Propuesta teórica-metodológica para el fortalecimiento de la autonomía en las mujeres codependientes consultantes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) Centro de Atención Integral sobre Drogas, San Carlos*. (Proyecto Final de Graduación, para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.
- Sánchez, M. (2016) “¡Mujeres, madres y “adictas”!: reconstrucción de las mediaciones que inciden en los servicios de atención brindados a mujeres en situación de dependencia a las drogas, por parte de dos organizaciones no gubernamentales. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Sanjurjo, D. (2013) El cambio de políticas estupefacientes: el ejemplo de Uruguay. *Revista Jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, (27), 291-311. Obtenido desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4526812>
- Segura, K. (2010) *Análisis del proceso de formación y ejecución de las políticas para el control de tráfico ilícito de drogas en Costa Rica*. (Tesis para optar por el grado de

Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Slapak, S y Grigoravicius, M. (2006) Consumo de drogas: la construcción de un problema social. *Universidad de Buenos Aires. Anuario de investigaciones*. Vol. XIV. 239-249. Obtenido desde: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>

Solís, M. (2006) La elite caritativa y la institución psiquiátrica: una lectura desde los años cuarenta. *Revista de Historia*. 1(1) 115-141. Heredia, Costa Rica: ENA y EUCR.

Tasies, G. (1970) *Fundamentos del programa de Alcohólicos Anónimos y su efectividad en Costa Rica*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Servicio Social) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

The Salvation Army. (2017) *About us: History*. Obtenido desde: <http://www.salvationarmy.org/ihq/history>

Torres, G. (2010) La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39. 171-187. Obtenido desde: <http://www.redalyc.org/html/806/80619869012/>

Torres, L. (Enero- febrero, 2007) Los grupos de Oxford y la Comunidad de Alcohólicos Anónimos. *Revista Anudando*. 13-14. Obtenido desde: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud41_oxford.pdf

Ugalde, F. y Blanco, H. (2003) Avances costarricenses en materia de drogas. En Organización Panamericana de la Salud [Representación en Costa Rica]. *100 años de salud Costa Rica Siglo XX*. (pp. 106-112). Obtenido desde: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/100salud.pdf>

Ugalde, N., y Balbastre, F. (2013) Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de*

Ciencias Económicas 31(2) 179-187. Obtenido desde:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730>

Uprimny, R. (1997) ¿Qué hacer con las drogas? Políticas vigentes y alternativas emergentes. En Hopenhayn, M (comp.) *La grieta de las drogas: desintegración social y políticas públicas en América Latina*. (pp.147-166). Chile: Naciones Unidas.

Uprimny, R. (2002) Drogas, derecho y democracia. Texto presentado en el seminario itinerante de política criminal POCAL, Bogotá.

Valverde, A. (Agosto, 1996) Las Organizaciones No Gubernamentales ante el nuevo rol del Estado. Organizaciones No Gubernamentales y Estado: Los nuevos retos hacia el siglo XXI. Asamblea Legislativa. *Revista Parlamentaria*. (4) n° 2. 393-406. Obtenido desde:
<http://www.asamblea.go.cr/sd/Publicaciones%20a%20Texto%20Completo%20%20Revistas/Organizaciones%20no%20gubernamentales%20y%20Estado,%20los%20nuevos%20retos%20hacia%20el%20siglo%20XXI.pdf>

Vargas, C. (2015) *Hacia la consolidación del Estado Liberal en Costa Rica (1870-1890)* San José, Costa Rica: EUCR.

Vargas, L. (2011) *La estrategia de liberalización económica (Período 1980-2000)*. 1era Ed, 2da reimpresión. San José, Costa Rica: EUCR.

Vargas, L. (2012) *Modelo desarrollista y de industrialización sustitutiva*. San José, Costa Rica: Editorial UCR.

Vega, J. (2004) La estructura y el cambio social. En: Rodríguez, E. *Costa Rica en el siglo XX*. (pp.129-217) San José, Costa Rica: EUNED.

Vega, P. (2009) Consumo de bebidas alcohólicas, publicidad y diversiones en Costa Rica (1900-1930). *Revista Reflexiones*. 88(1), 15-35. Obtenido desde:

<http://www.redalyc.org/pdf/729/72912559002.pdf>

Viales, R. (2005) *Pobreza e historia en Costa Rica: determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo CVII a 1950*. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Obtenido desde: https://books.google.co.cr/books?id=yZzy2qDuoXMC&pg=PA86&lpg=PA86&dq=damas+de+la+caridad+costa+rica&source=bl&ots=u4vNqV--N_&sig=io67TsxhpX4qKCLWR1VC7dA-J6A&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiwwIbK_svZAhVHmlkKHYZ5DicQ6AEIPTAH#v=onepage&q=damas%20de%20la%20caridad%20costa%20rica&f=false

Villafuerte, W. (2014) *Opiniones y prácticas de consumo de sustancias psicoactivas en la población estudiantil inscrita en Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, Sede Guanacaste, año 2013*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. Guanacaste, Costa Rica.

Viquez, M. (2011) *Fortalecimiento de habilidades sociales en la convivencia diaria en un grupo de mujeres adolescentes del Centro Nacional en Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad. IAFA*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Viquez, M. (2012) *Programa educativo en habilidades sociales desde la autoexpresión en arteterapia para la prevención de adicciones en adolescentes de un colegio semiprivado del área metropolitana*. (Tesis para optar por el grado de Maestría Profesional en Psicología Educativo). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Vivanco, J. (1994) *Las Organizaciones No Gubernamentales de Derechos Humanos. Estudios de Derechos Humanos*. Tomo 1. 276-294. Obtenido desde: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/a12054.pdf>

Zarza, M., Botella, A., Vidal, A., Ribeiro Do Couto, B y Martí, D. (2011) Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta. Sesiones educativas para familiares. Versión española. Obtenido desde:
https://www.researchgate.net/publication/314078984_Modelo_Matrix_Manual_del_terapeuta_sesiones_educativas_para_familias

Zarza, M., Obert, J., Rawson, R., Palau, C., Perelló del Río, M., Sánchez, A., y Cortell, C. (2011) Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de drogodependencia*. 36(1) 27-48 Obtenido desde: <http://roderic.uv.es/handle/10550/47515>

Zumbado, A. (2013) *La introducción de drogas por parte de mujeres en los centros penales. Un análisis de la regulación legal y propuesta legislativa*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Entrevistas

Persona funcionaria A. (7 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria A. (14 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria A. (21 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria B. (5 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria C. (8 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria C. (12 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria D. (9 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria D. (10 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria E. (6 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria E. (14 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria V. (17 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria V. (22 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria W. (17 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria W. (22 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria W. (16 abril 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria X. (2 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria X. (26 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria Y. (15 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

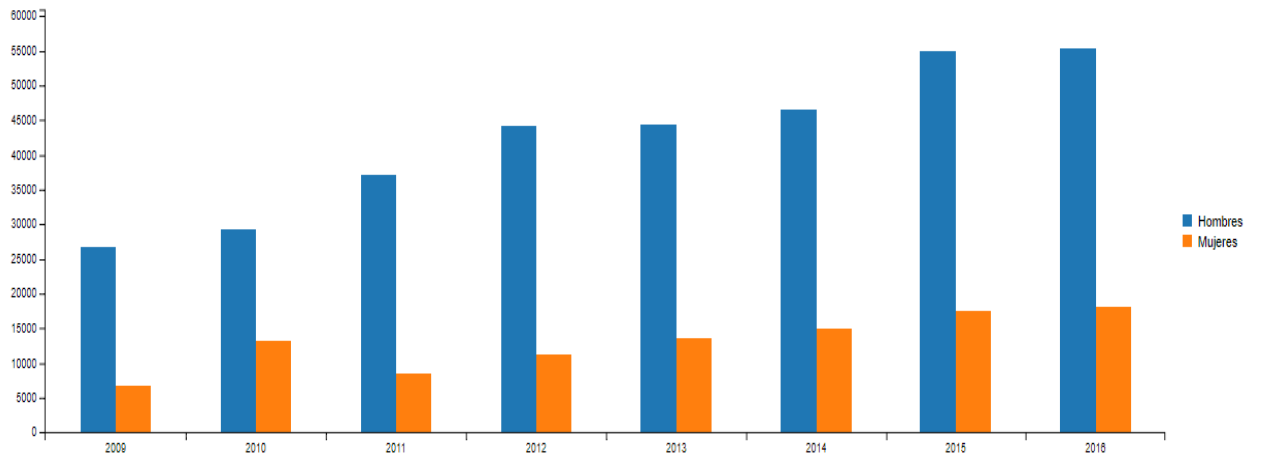
Persona funcionaria Y. (22 enero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Persona funcionaria Z. (13 febrero 2018) Comunicación personal. San José, Costa Rica.

Anexos

Anexo 1

Atenciones brindadas en servicios de tratamiento de IAFA según sexo 2009-2016



Tomado de IAFA (2017) Datos Abiertos: Datos de Tratamiento.

Anexo 2

Recursos disponibles por provincia para la atención de personas con consumo de drogas Costa Rica, 2013

PROVINCIA	Hospitales	ONG	CAID	Total de Recursos
ALAJUELA	6	12	2	20
CARTAGO	2	8	1	11
GUANACASTE	2	2	1	5
HEREDIA	1	6	0	7
LIMÓN	2	7	1	10
PUNTARENAS	6	5	3	14
SAN JOSE	7	31	1	39

Fuente: IAFA, 2013.

Tomado de Chacón (2014) Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas.

Anexo 3

Detalle de los recursos asignados por IAFA a las ONG en el año 2017

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Presupuesto Ordinario 2017
Detalle de recursos asignados a Organizaciones no Gubernamentales,
Ley N° 7972
en colones

Cédula Jurídica	Organización beneficiaria	Monto
3-002-045556	Asociación el Ejército de Salvación	5.295.921
3-002-061420	Asociación de Alcohólicos de Alajuela, Patricio Pérez Saborio	9.900.000
3-002-087618	Asociación Casa Salvando Alcohólico de Heredia Celín Vilchez Argüello	7.975.000
3-002-092400	Asociación Misionera Club de Paz	5.295.921
3-002-109284	Asociación Hogar Feliz por la Salvación del Alcohólico de Naranjo	7.975.000
3-002-124596	Asociación Centro Rehabilitación para Alcohólicos de Goicoechea	13.750.000
3-002-145468	Asociación Hogar Turrialbeño Salvando al Alcohólico	13.750.000
3-002-147827	Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados, Gonzalo Bermúdez Jiménez, Ernesto Durán Trejos	27.500.000
3-002-173460	Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Aserri	13.750.000
3-002-175691	Asociación Salvando al Alcohólico de Limón Walter Rodríguez Artavia	9.900.000
3-002-188035	Asociación Autogestores para la Salud de Coronado	13.750.000
3-002-197992	Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Curridabat Enrique Amador Céspedes	9.900.000
3-002-261238	Asociación Restauración a la Niñez en Abandono y Crisis para una Esperanza Renovada (RENACER)	11.550.000
3-002-267605	Asociación para el Rescate del Drogadicto Deambulantes Camino a la Libertad	9.900.000
3-002-299786	Asociación Hogar Salvando al Alcohólico Javier Umaña Barquero	7.975.000
3-002-319885	Asociación Comunidad Cristiana Maná	23.100.000
3-002-321407	Casa Hogar San José	23.100.000
3-002-332366	Asociación Escazuceña Pro Hogar Salvando al Alcohólico	13.750.000
3-002-556843	Asociación Centro Cristiano Manantial del Amor de Dios	11.550.000
3-002-562383	Asociación Salvando al Adicto de la Región Huetar Norte	11.550.000
3-002-600838	Asociación Cristiana Benéfica Caleb ACBC	23.100.000
3-006-126240	Fundación Oratorio Don Bosco de Sor María Romero (Programa de Prevención)	9.445.865
3-006-225236	Fundación Kayrós	5.775.000
3-006-332256	Fundación Kafir	11.550.000
3-006-406446	Fundación Génesis para el Desarrollo de Personas en Riesgo Social	23.100.000
3-006-473492	Fundación Valle de Oportunidades	11.550.000
	Total	335.737.707

Tomado de IAFA (2017b) Transparencia: Asignación de recursos.

Anexo 4

Matriz sobre resultados de investigación preliminar de las ONG

PROVINCIA DE ALAJUELA								
ONG	Teléfono	Correo	Página de internet o Facebook	Tiempo de internamiento	Tipo de droga/s que atiende	Profesionales	Costo económico	Población que atiende
Asociación de Alcohólicos Alajuela	2441-5141	aso.alcoholicos@ice.co.cr	No	15 días	varias	Medicina, Psicología, Trabajo Social y Enfermería	La primera vez 35000, la segunda vez 40 000	Hombres y Mujeres +18 -65
Asociación Hogar Feliz	2450-0156	hogarfelizdenaranjo@gmail.com	Facebook y http://www.fedehogares.com	22 días y 3 meses seguimiento	varias	Psicología, Trabajo Social y Enfermería	60 000	Hombres +18 -65
Asociación Salvando al Alcohólico	2494-8797	hsagrecia@hotmail.com	http://www.fedehogares.com // http://www.ahsajub.org	22 días y luego seguimiento mensual	varias	Medicina, Psicología	40 000	Hombres +18 -65
Fundación Kayrós	2444-7817 / 2444-7894	fundacionkayros@gmail.com	http://www.fundacionkayrosr.com	promedio de 4 meses, hay seguimiento	varias	Profesionales de salud, Psicología, Trabajo Social y consejeros en	Si, se desconoce el monto	Hombres +18 -65
Asociación Centro de rehabilitación rostro de Jesús	2430-1189 / 8837-7349	rostrodejesus@gmail.com	Facebook	Mínimo 6 meses	varias	Psicología, Trabajo Social, Salud Ocupacional, Consejería	Si, se desconoce el monto	Hombres +18 -65
Asociación Salvando al Adicto de la Región Huétar	2469-5383 / 2461-3000	salvandoaladicto@gmail.com		Si, se desconoce tiempo	varias	Si, se desconocen cuáles	Si, se desconoce el monto	Hombres +18 -65
Asociación Centro Cristiano Manantial de Amor de Dios	2453-5937 / 2453-1234 / 8882-2436	guillemogonzalez74@gmail.com	http://iglesiamanantial.weebly.com/contacto.html http://ccmanantial.blogspot.com/	6 meses	varias	Psicología, Trabajo Social, Salud Ocupacional, Terapia Espiritual	200000 mensuales, y se debe contar con referencia de	Hombres +18 -65
Hogar CREA	2442-7740/4034-9313	hcreacr@racsa.co.cr / cpa_adrirosa@yahoo.es	http://hogarcreacr.org/hogares		varias			
PROVINCIA DE CARTAGO								
ONG	Teléfono	Correo	Página de internet o Facebook	Tiempo de internamiento	Tipo de droga/s que atiende	Profesionales	Costo económico	Población que atiende
Asociación Hogar Tumialbeño Salvando al Alcohólico	2556-7301	venegas68@live.com			varias			
Asociación el Ejército de Salvación	2273-6307	costarica.centrodelo@gmail.com		4 meses y medio	varias	En busca de Psicología Consejería	100 000 mensuales	Hombres +18 -65
Hogares CREA	2574-2752	hcreacr@racsa.co.cr	http://hogarcreacr.org/hogares		varias			
Asociación de Desarrollo Específico para Enfermos Alcohólicos	2551-4374 / 2551-5383 / 2551-5395	clinicaadepea@gmail.com	http://adepea.com/	Hay desintoxicación pero se desconoce tiempo	varias	Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Logoterapia, Consejería	Se desconoce el monto	Hombres y Mujeres +18 -65

PROVINCIA DE HEREDIA								
ONG	Teléfono	Correo	Página de internet o Facebook	Tiempo de internamiento	Tipo de droga/s que atiende	Profesionales	Costo económico	Población que atiende
Asociación Casa Salvando al Alcohólico	2238-3579	casitaheredia@gmail.com	http://www.fedehogares.com	15 días	varias	Medicina, Enfermería, Psicología	35 000	Hombre +18 -60años
Asociación Comunidad Terapéutica El Alfarero	2263-4603	ctalfarero@hotmail.com	Facebook	Entre 6 meses y 1 año	varias	Consejería y Psicología ocasionalmente	200 000 mensuales	Hombres +18 -65
Asociación Ciudad Refugio de Dios, ELIASIB	2267-7587 / 8735-3872	eliasibrestauracion@hotmail.com	Facebook: Eliasib	8 meses	varias	Consejería Ocupacionales y x contratar Trabajo Social	160 000 mensuales	Hombres +18 -65
Fundación Kanir en Comunidades Terapéuticas	2268-5147	camopo05@hotmail.com / fundacionkanir@gmail.com	Facebook	9 meses (6 meses internamiento y 3 meses	varias	Terapia ocupacional, TS, profesionales UCR	150 000 mensuales	Hombres +18 -65
Hogares CREA	2260-9441	hcreacr@racsa.co.cr	http://hogarcreacr.org/hogares		varias			
Clinica de Tratamiento de Adicciones y Neuropsiquiatría-Proyecto Nova	2268-0334 / 2268-3581	info@proyectonova.com	http://proyectonova.com	Si, se desconoce tiempo	Varias. Además, atienden situaciones de bulimia, anorexia, bipolaridad,	Psiquiatría, Trabajo Social, Psicología, Terapeutas	Se desconoce el monto	Hombres y Mujeres +18 -65
Clinica Despertares Sociedad Anónima	2235-2026 / 2273-3241	info@clinicadespertares.com	www.clinicadespertares.com / Facebook	30 días	varias	Consejería, Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, Medicina	600 000 por todo el tratamiento	Hombres +18 -65
PROVINCIA DE SAN JOSÉ								
ONG	Teléfono	Correo	Página de internet o Facebook	Tiempo de internamiento	Tipo de droga/s que atiende	Profesionales	Costo económico	Población que atiende
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico /goicoechea	2245-4343	info@hogardealcoholicos.org	http://www.hogardealcoholicos.org/	15 días	varias	Medicina, Enfermería, Psicología y Consejería	50 000	Hombres +18 -65
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico Enrique Amador	2272-8802	hogarsalvando@hotmail.com	http://fedehogares.com/es/ubicaciones/98-hogar-salvando-al-alcoholico-de-curridabat.html	15 días	varias	Médicos, Psicología y Trabajo Social y Consejería	30 000	Hombres +18 -65
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparado	2275-1454	hsa.desamparados.hombres@gmail.com	https://www.facebook.com/Asociacion-Hogar-Salvando-al-Alcoholico-de-Desamparados-322573174473888/	15 días	varias	Médicos, Psicología y Trabajo Social y Consejería	30 000	Hombres +18 -65
Asociación Hoga Salvando el Alcohólico de Desamparados	2275-0641 ext 2	info@hogaresalvandoalcoholicos.org	https://www.facebook.com/Asociacion-Hogar-Salvando-al-Alcoholico-de-Desamparados-322573174473888/	15 días	varias	Médicos, Psicología y Trabajo Social y Consejería	30 000	Mujeres +18
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Asemi	2230-0739	hogarsalvaya@hotmail.com	https://www.facebook.com/profile.php?id=100008786973894&hc_ref=SEARCH&fref=nf	15-22 días	varias	Médicos, Psicología y Trabajo Social y Consejería	30 000	Hombres +18 -65
Asociación Escazuqueña pro Hogar Salvando al Alcohólico	2288-3458	aeprohosa@yahoo.es	http://www.clientes.digrouper.com/aeprohosa/historia.html	20 días	varias	Enfermería, Psicología y Trabajo Social	15 000	Hombres +18 -65
Asociación Albergue del Alcohólico Indigente	2276-7826	albergueadultomayor@gmail.com	http://www.fedehogares.com/es/ubicaciones/103-albergue-de-rehabilitacion-alcoholico-del-adulto-mayor.html	sin limite	varias	Medicina, Psicología y Consejería	no aplica	Hombres +65
Asociación Autogestores para la salud Coronado	2229-9459 / 8489-8998	hogarcoronado@gmail.com	https://autogestoresaludcoronado.wordpress.com/	1 mes	varias	Medicina, Psicología, Enfermería, Consejería y Trabajo Social	200 000	Hombres +18
Asociación Casa Hogar SJ	2232-1115	casahogarsanjossecr@gmail.com	http://casahogarsanjossecr.org/index.html	6 meses	varias	Medicina, Enfermería, Salud Ocupacional y Psicología	No cobran	Hombres +18

Casa Hogar San Gabriel	2234-1710	casahogarsanjosecr@gmail.com	http://casahogarsanjosecr.org/index.html	2 meses	varias		n.s	Hombres +18 y Mujeres +40
Asociación Comunidad Cristiana Maná	2226-6871 / 2227-3824	asociacionmana@gmail.com o administracion@comunidadcristianamana.org	https://www.facebook.com/AsociacionComunidadCristianaManá/	9 meses	varias	Médico, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Consejería	80 000	Hombres +18 -65
Asociación Centro Cristiano Canaan	2275-2231 / 2275-7689	carloszoe@racsa.co.cr	https://www.facebook.com/CanaanCR/	6 meses	varias	Medicina, Consejería y Apoyo Terapéutico		Hombres +18 -65
Fundación Genesis para el Desarrollo	4080-0421	direccion@fgenesis.org	http://www.fgenesis.org/nosotros.php	9 meses	varias	Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Salud Ocupacional y Consejería	200 000	Mujeres +18
Fundación Genesis para el Desarrollo	4080-0904	direccion@fgenesis.org	http://www.fgenesis.org/nosotros.php	9 meses	varias	Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Salud Ocupacional y Consejería	200 000	Hombres +18
Asociación Cristiana Benéfica Caleb	2219-3787 / 2259-9126	asociacioncaleb@gmail.com	http://www.asociacioncaleb.org/programas.html	9 meses	varias	Psicología, Trabajo Social y Terapeuta Ocupacional	100 000	Hombres +18
Asociación para el Rescate de Drogadictos Deambulantes	2286-2394	acaminolibertad@hotmail.com		22 días y luego envían a hogares crea				Hombres +18
Asociación Hogares CREA		hcreacr@racsa.co.cr		1 año 4mes				Hombres +18
Fundación Valle de Oportunidades	2582-7296	consultas@fusavo.org	http://www.fusavo.org/	6 meses	varias	Psicología, Trabajo Social y Consejería	no cobran	Hombres +18
Asociación RENACER	2250-2010	info@renacercr.com	http://www.renacercr.com/	3 meses	varias	Psicología, Trabajo Social y Consejería		Mujeres -18
Clinica Integral Nueva Vida	2215-6220 / 2215-6116	info@clanicnuevavidacr.com	http://www.clinicanuevavidacr.com/	28 días	varias	Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psiquiatría, Psicología y Nutricionista	86 0000	Hombre y Mujeres +18

Fuente: Elaboración propia con base en IAFA (2017b) e información recolectada vía telefónica.

Anexo 5

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

Guía de entrevista para las y los profesionales/funcionarias(os) de las ONG

Fecha: ___/___/___ Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Buenos días/tardes, mi nombre es _____
(representante del grupo investigador), estudiante de la Universidad de Costa Rica. Actualmente, estamos llevando a cabo una investigación sobre los servicios sociales de las ONG que brindan tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, esto para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

La entrevista tiene como objetivo profundizar en diferentes aspectos sobre la organización y el trabajo que se realiza en las diferentes fases del proceso de tratamiento, la duración aproximada de la misma es de 90 minutos, de ser necesario, se realizará en varias sesiones. La información recopilada será utilizada únicamente para fines académicos, se le solicita la posibilidad de grabar la entrevista para la facilitar el proceso de sistematización de datos a realizar por las investigadoras.

Datos de identificación de persona entrevistada

Grado académico: _____

Profesión: _____

Puesto en la ONG: _____

Tiempo de trabajar en la ONG: _____

Interrogantes

Primero me gustaría conversar sobre la organización en sí misma.

1. ¿Cuándo y cómo surge esta organización? (De algún movimiento o institución internacional, religiosa o de otra índole)
2. ¿Por qué se plantea la necesidad de crear una organización de este tipo?
3. ¿Qué les motivó como organización a involucrarse con el tema del consumo de drogas?
4. ¿Cuáles son los principales cambios que ha enfrentado la organización? ¿A qué se deben?
5. ¿Cómo se estructura la organización actualmente? ¿Cuál es la función de cada departamento? ¿Cómo se distribuyen las tareas?
6. ¿Cómo se da la toma de decisiones dentro de la organización?
7. ¿Existe algún proceso de planificación? ¿Cómo se desarrolla?
8. ¿Cuáles son las principales fuentes de financiamiento de la organización? ¿Considera que son estas suficientes para atender las necesidades de la organización? ¿De qué manera se distribuye el presupuesto?
9. ¿Existe algún proceso de evaluación? ¿Cómo se desarrolla?
10. ¿Existe algún vínculo con otras instituciones estatales? ¿Con cuáles entidades? ¿Cómo se caracteriza esa relación?

Ahora en cuanto a la población que atienden, me podría indicar

11. ¿Cuál es la población meta? ¿Por qué deciden trabajar con esta población particularmente?
12. ¿En algún otro momento trabajaron con diferentes poblaciones? Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué dejaron de trabajar con la misma?
13. ¿Cómo caracterizaría a nivel personal, familiar, contextual la población con la que trabajan?

14. ¿Cuáles son sus patrones de consumo? ¿Cuál sustancia psicoactiva es la que mayormente consumen? ¿Qué tan frecuente es el poli-consumo? ¿Qué tipo sustancias mezclan?
15. ¿Cuál es la cantidad máxima de personas que reciben? ¿Cuántas personas en tratamiento tienen actualmente?

Ahora, es de nuestro interés comprender el proceso del tratamiento en sus distintas fases, para empezar en este aspecto nos podría indicar:

16. ¿Cuáles son los requisitos que debe cumplir una persona para recibir tratamiento dentro de la organización?
17. ¿Qué reglas deben mantener las personas para recibir tratamiento? ¿Qué escenarios podrían provocar la salida de una persona que no haya finalizado el tratamiento?
18. ¿Cómo es el proceso de admisión al programa o servicio? ¿Hay alguna inducción? ¿A quién/es va dirigido? ¿Quién la brinda?
19. En cuanto a la valoración inicial de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, ¿qué profesional/es la realiza? ¿qué criterios se toman en consideración para definir la situación de consumo de la persona? ¿Cómo deciden si la persona es apta para los servicios que ustedes brindan?
20. Realizada la valoración, ¿Cómo se realiza el plan de tratamiento de la persona usuaria? ¿Cómo se determina la duración del tratamiento? (valorar el nivel de participación de la persona usuaria)
21. ¿Cuáles son los servicios que ofrece la organización como parte del tratamiento a personas que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas? (Desintoxicación, tipos de terapias, nutrición, recreación, etc...) ¿A quiénes van dirigidos los servicios? (individuo, familia) ¿Cada cuánto se desarrollan? (semanal, quincenal, mensual)
22. ¿Cuál/es objetivo o finalidad del proceso de tratamiento?
23. ¿Qué temas se abordan durante el proceso de tratamiento? ¿Cómo se definen?

24. ¿Existe algún protocolo de atención desde la organización?
25. ¿Qué profesionales se involucran en el proceso de tratamiento? ¿Cuántos profesionales de cada área hay? ¿Considera que son suficientes según la demanda?
26. Me podría indicar a grandes rasgos ¿Cuáles son las funciones de cada profesión dentro del proceso de tratamiento?
27. Me podría detallar ¿cuáles son las funciones de su profesión dentro del proceso de tratamiento?
28. ¿Qué enfoques teóricos utilizan para dar atención a las personas usuarias? ¿Por qué se consideran los más idóneos? ¿Son definidos por la organización o por criterio profesional?
29. ¿Qué técnicas de estos enfoques son las más utilizadas? ¿De qué manera aportan a la intervención?
30. ¿Cómo se miden los avances de las personas usuarias?
31. ¿Cómo se maneja cuando la persona usuaria no sigue lo acordado en el plan de trabajo?
32. ¿De qué manera motivan a las personas usuarias a mantenerse en el tratamiento?
33. ¿Cuáles son los principales retos que enfrentan las personas en el transcurso de su tratamiento?
34. ¿Se desarrolla trabajo interdisciplinario? ¿Cómo se lleva a cabo?
35. ¿Cómo se manejan aquellos elementos que no se pueden atender dentro de la organización?
36. ¿Se realizan trabajo interinstitucional? (estatales o no gubernamentales) ¿De qué forma?
37. ¿Dentro de la organización existe posibilidad de actualización profesional? ¿De qué manera?
38. ¿Qué factores influyen para que una persona se mantenga o retire del tratamiento? ¿Cómo se puede abordar?

39. ¿Cuál es el procedimiento para la salida de una persona usuaria que no desea continuar el tratamiento?
40. Finalizado el proceso de tratamiento, ¿las personas cuentan con un plan de seguimiento y prevención de recaídas? ¿Cómo se desarrollan? ¿Cada cuánto son las intervenciones? ¿Qué temas se abordan? ¿A quién va dirigido? ¿Qué profesional lo lleva a cabo? ¿Cuándo se da por finalizado el proceso de seguimiento?
41. Si hay una recaída, ¿Cómo se maneja? ¿Existen enfoques teórico-metodológicos que aborden las recaídas? En caso de ser afirmativo ¿cuáles?

Con respecto a su trabajo dentro de la organización, nos podría comentar:

42. ¿Cuál es el tipo de contratación que posee? ¿Qué jornada laboral tiene asignada? ¿Considera que esta se encuentra acorde al trabajo que realiza?
43. ¿Cómo ha sido su experiencia trabajando con el consumo problemático de sustancias psicoactivas? ¿Anteriormente había trabajado con esta temática? ¿Qué lo motivó a involucrarse con esta población?

Ahora bien, desarrollado el proceso de tratamiento, desde su perspectiva:

44. ¿Cuáles son los principales cambios personales, familiares, laborales, etc. en la población usuaria tras su proceso de tratamiento?
45. ¿Cuáles son los principales aportes desde su profesión dentro del proceso de tratamiento?
46. ¿Cuáles son los principales retos a nivel profesional de trabajar con el tema de consumo problemático de drogas?
47. ¿Cuál es el principal resultado en la población usuaria producto de la atención recibida?
48. ¿De qué manera se puede mejorar el proceso de tratamiento que brinda la organización?
49. Desde su perspectiva ¿Qué alcances y limitaciones posee el proceso de tratamiento que brinda la organización?

Anexo 6



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los servicios sociales que brindan la Asociación Cristiana Benéfica Caleb y el Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados, para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, 2017-2018

Nombre de las Investigadoras Principales:

Stacy Muñoz Webb, B04395, número de celular 8863 4336
Wendy Soto Córdoba, B06223, número de celular 8504 1997

Nombre del Profesional Participante: _____

Estimada(o) participante:

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

Esta investigación está siendo realizada por dos estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, para optar por el grado de Licenciatura en esta carrera, lo que desea estudiar son los servicios sociales que brindan las ONG para el tratamiento de persona con consumo problemático de drogas durante el periodo 2017-2018.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Para ser parte de este estudio, debe ser funcionaria(o) de las ONG seleccionadas previamente por las investigadoras, participar en los procesos de atención y tratamiento de las personas con problemas de consumo de drogas o estar vinculada(o) en la parte gerencial de la ONG.

Las estudiantes necesitarán de su apoyo para realizarle una entrevista, la cual cuenta con una serie de preguntas sobre el origen de la organización, características de la población atendida, el proceso de tratamiento y su labor en este, y los resultados del trabajo que realiza la organización de la que usted es parte; esta va a tener una

duración alrededor de 90 minutos, y de ser necesario, se realizará en varias sesiones, según la disposición de las partes.

Al aceptar ser parte de la investigación, usted se compromete a realizar la entrevista, proporcionando información verdadera, y a permitir grabar su voz, ya que esto les facilitará a las investigadoras la recolección de la información.

De igual manera, será necesario el préstamo de material documental de la organización para que sea revisado por las investigadoras, ya que este servirá de sustento para los resultados del presente estudio.

Tanto las entrevistas como la revisión documental, se llevarán a cabo en un horario y espacio a definir, según la conveniencia de ambas partes (profesional de la ONG-investigadora).

Es importante que sepa que la información que usted brinde y los documentos que dará en préstamo serán utilizados solo para el desarrollo del estudio, y las grabaciones de las entrevistas serán resguardadas según el protocolo universitario y serán eliminadas un año después de finalizada la investigación.

C. RIESGOS:

La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: riesgo de pérdida de privacidad en cuanto al trabajo que realiza dentro de la organización.

Sin embargo, si se presenta alguna situación incómoda para usted durante el proceso, es importante que conozca que tiene derecho de solicitar una pausa, detener la intervención, o bien retirarse como participante de la investigación.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que gracias a su participación las investigadoras aprendan más acerca de la labor que realiza la entidad que usted representa ante el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con las investigadoras responsables: Stacy Muñoz Webb o Wendy Soto Córdoba, ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si desea mayor información

más adelante, puedo obtenerla llamando a Stacy Muñoz Webb al teléfono 8863-4336 o a Wendy Soto Córdoba al teléfono 8504-1997, en el horario de lunes a viernes de 8am a 5pm.

Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha