



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO METODOLÓGICO

**EXPERIENCIA DE REINSERCIÓN LABORAL EN PERSONAS REHABILITADAS
POR SITUACIÓN DE CALLE**

TUTOR:

KAREN CRONICK

AUTORAS:

ANA CARRASCOSA
REBECA CORREA

CARACAS, SEPTIEMBRE DE 2017



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Industrial

**EXPERIENCIA DE REINSERCIÓN LABORAL EN PERSONAS REHABILITADAS
POR SITUACIÓN DE CALLE**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como requisito parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Tutor:

Karen Cronick

AUTORAS:

Ana Carrascosa¹

Rebeca Correa²

¹ Ana Carrascosa, Departamento de Psicología Industrial, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: acarrascosaf@gmail.com

² Rebeca Correa, Departamento de Psicología Industrial, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: rebecacorrea7@gmail.com

Caracas, Septiembre 2017

Dedicatoria

*Dedicado con el más profundo respeto a todos aquellos venezolanos que
cayeron en la lucha por la soberanía del país
Que ningún cuerpo de seguridad levante sus armas hacia su pueblo
Que incluso en los momentos de más desasosiego podamos conseguir la paz
Que ningún gobierno vuelva a atentar contra nuestra libertad*

Agradecimientos

A mis padres, quienes me enseñaron que el único camino hacia la grandeza es la constancia.

Mi papá dejó para sus hijos la certeza de la intelectualidad.

Mi mamá, que nunca se ha rendido. No eres mi grande adversario sino mi inmensa fuente de amor.

A mis abuelos, quienes son la luz de mis días y me enseñaron lo valiosa que es la vida.

A mis hermanas Vicky y Laura, quienes me han inspirado desde sus logros.

A mis tíos, que me han cuidado como ángeles. Efraín con su inmenso corazón y gallardía para acompañar a mi familia en los momentos más duros. A Sandra quien es el espíritu conciliador de todos nosotros, tiende puentes, nos sienta en su mesa y nos recuerda lo tanto que nos amamos a pesar de las diferencias. A Chachi, quien me demostró cuanto amor cabe en todos los compromisos inquebrantables y más altruistas que ha adquirido a lo largo de su vida. A mi tío Andrés, por enseñarme que nadie sabe lo que realmente significa ser fuerte hasta que esa es tu única opción. Mi infinita admiración a tu valentía.

A mis primos, quienes veo convertirse en personas exitosas.

A Verónica, Tai y Katherine por su amor inagotable. Me llena de orgullo llamarlas colegas.

A todos mis amigos de la carrera.

A Rebeca, quien su musa la llevó a voltear la mirada hacia el lado más vulnerable de las calles de nuestro país y unirse a este hermoso proyecto.

A todos los profesores de la Universidad Central de Venezuela, quienes son el semblante de la esperanza.

A nuestra tutora, Karen Cronick, por guiarnos como la excelente académica que es.

A Anayda Guitierrez, quien nos animó desde sus investigaciones a realizar aportes científicos desde el lado más sensible y más humano.

A Mariangélica Galicia. Por hacerme creer en la belleza de nuestros sueños, inspirarme desde el alma, hacer un hogar de cualquier espacio y acompañarme a librar cada batalla. Doy gracias a Dios que te encontré.

Ana Cristina Carrascosa

Agradecimientos

Primeramente a Dios por bendecirme día a día y por retribuir todo esfuerzo realizado en este proyecto.

A mi madre Nail Martínez por su amor, su apoyo, su ejemplo de lucha, por traerme a la vida y encargarse de mi bienestar en todo momento.

A mi abuela Delia Valera mi segunda madre, a quien le agradezco las velitas encendidas en momentos importantes, las oraciones y todo su cariño.

A mis padres: Carlos Luna y William Correa, por ser hombres trabajadores, amorosos y entregados a su familia en todo momento.

A mis tías: Nadelys y Yudith, mujeres de ímpetu que con su liderazgo me han inspirado a ser mejor cada día. Gracias por el apoyo y el acompañamiento.

A mis primos quienes me motivaron con su ejemplo, con sus logros personales y profesionales. Emilio, Daniel, Margareth, Sebastián y Carlos David.

A toda mi familia Luna, es un honor ser parte de ustedes.

A mi casa de estudios la Universidad Central de Venezuela y sus profesores que con mucha vocación y dedicación me han formado como una profesional exitosa.

A mi tutora Karen Cronick por su entrega, esmero, por su sabiduría y consejos en este proyecto de grado.

A todos mis amigos que de una u otra forma me apoyaron durante todo el transcurso de la carrera, en especial a mis mosqueteras Leidy y Laura por estar presente en cada momento importante de mi vida.

A mi compañera de tesis Ana Carrascosa, por el trabajo en equipo que desde semestres anteriores veníamos realizando. ¡Lo volvimos a hacer Big Boss!

A todas las personas que ocupan en mi corazón un lugar especial y que sin su apoyo no hubiese sido igual el resultado, especialmente: Jezebel Salazar y Rosa Guevara.

Rebeca Correa

Experiencia De Reinserción Laboral En Personas Rehabilitadas Por Situación De Calle

Ana Carrascosa

acarrascosaf@gmail.com

Rebeca Correa

rebecacorrea7@gmail.com

Resumen

El presente estudio está enmarcado bajo la metodología cualitativa y tiene como objetivo explorar la realidad psicosocial de cuatro hombres con edades comprendidas entre 30-60 años, que estuvieron en situación de calle y su experiencia en el proceso de reinserción laboral posterior a someterse a un programa de rehabilitación en una institución desarrollada por las políticas públicas del Gobierno de Venezuela

Fueron estudiados cuatro casos, en los que se utilizó la metodología analítica de la Teoría Fundamentada en conjunto con el software Atlas Ti para el análisis de datos emergentes de entrevistas en profundidad, con el fin de comprender las dificultades de esta población para lograr la reinserción laboral, entender sus procesos de recuperación y los aspectos que contribuyeron en la transición al campo laboral.

Se comprobó, a través del discurso de estos cuatro actores reinseridos exitosamente, la prevalencia de dificultades en cuanto al grado de escolaridad, oferta laboral y efectividad de los programas de rehabilitación que caracteriza a esta población.

Palabras Clave: Situación de calle, rehabilitación, exclusión social, reinserción laboral.

Work Reintegration Experience in People who were in Street Situations

Ana Carrascosa

acarrascosaf@gmail.com

Rebeca Correa

rebecacorrea7@gmail.com

Abstract

The present study is framed under the qualitative methodology and aims to explore the psychosocial reality of four men aged 30-60 years who were in a street situation and their experience in the process of reintegration after work to be submitted to a program of rehabilitation in an institution developed by the public policies of the Government of Venezuela.

Four cases were studied, in which the analytical methodology of the Grounded Theory was used in conjunction with the Atlas Ti software for the analysis of emerging data from in-depth interviews in order to understand the difficulties of this population to achieve re-employment, understand their recovery processes and the aspects that contributed to the transition to the labor field.

We could determine, throughout these four parties' speeches, the prevalence of difficulties regarding education level, job offers and rehabilitation facilities programs effectiveness that still endanger this population.

Keywords: Street situation, rehabilitation, social exclusion, works reintegration.

ÍNDICE DE CONTENIDO

<i>RESUMEN</i>	<i>vi</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>vii</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>14</i>
<i>MARCO LÓGICO</i>	<i>19</i>
<i>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>19</i>
<i>2.1. Objetivos de la Investigación</i>	<i>23</i>
<i>2.1.1 Objetivo General</i>	<i>23</i>
<i>2.1.2 Objetivos Específicos</i>	<i>23</i>
<i>III. REFERENTES TEÓRICOS</i>	<i>24</i>
<i>3.1 Población en Situación de calle</i>	<i>24</i>
<i>3.1.1 Definiciones</i>	<i>25</i>
<i>3.1.2 Causas o factores desencadenantes de la situación de calle</i>	<i>28</i>
<i>3.1.3 Caracterización de las Personas en Situación de Calle</i>	<i>30</i>
<i>3.1.4 Vínculos familiares y sociales</i>	<i>31</i>
<i>3.1.5 Subsistencia</i>	<i>32</i>
<i>3.1.6 Niños como caso especial</i>	<i>33</i>
<i>3.2 Adicciones</i>	<i>35</i>
<i>3.2.1 Motivos asociados al consumo</i>	<i>37</i>
<i>3.2.1.1 Factores familiares</i>	<i>38</i>
<i>3.2.1.2 Factores Comunitarios</i>	<i>39</i>
<i>3.2.1.3 Factor relacional y compañeros</i>	<i>40</i>
<i>3.2.1.4 Factores Escolares</i>	<i>41</i>
<i>3.2.1.5 Factores Individuales</i>	<i>41</i>
<i>3.2.1.5.1 Factores biológicos</i>	<i>42</i>
<i>3.2.1.5.2 Factores Psicológicos y Conductuales</i>	<i>42</i>
<i>3.2.1.5.3 Rasgos de personalidad</i>	<i>43</i>

REINSERCIÓN LABORAL: PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

3.2.3 Comportamiento adictivo	44
3.2.4 Circuito de Recompensa	45
3.2.5 Consumo de sustancias en Venezuela	46
3.3 Rehabilitación de sustancias	48
3.3.1 Definiciones	48
3.3.2 Atención sanitaria y de rehabilitación funcional	48
3.3.3 Tratamiento ambulatorio	48
3.3.3.1 Atención sanitaria	49
3.3.3.2 Atención psiquiátrica	49
3.3.3.2 Atención psicológica.....	50
3.3.3.4 Atención Social	50
3.3.3.5 Rehabilitación funcional y reinserción social	50
3.3.4 Tratamiento residencial	50
3.3.5 Nivel Intervención mínima	52
3.3.6 Rehabilitación de drogas en población vulnerable	52
3.3.7 Grupos de apoyo espiritual en el proceso de rehabilitación	53
3.3.7.1 Narcóticos Anónimos	54
3.3.7.2 Alcohólicos Anónimos	55
3.3.7.3 Creencias Religiosas	56
3.3.7.4 Creencias Religiosas en Venezuela	56
3.3.8 Centros de Rehabilitación	57
3.3.8.1 Centro de rehabilitación Hogares Crea	57
3.3.8.2 Hospital Psiquiátrico de Caracas- Lídice	58
3.3.8.3 Centros de Rehabilitación adscritos al Viceministerio para la Suprema Felicidad Social del Pueblo	59

REINSERCIÓN LABORAL: PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

3.3.8.3.1 Misión Negra Hipólita	59
3.3.8.3.2 Centro de Rehabilitación Integral Okeima	60
3.3.8.3.3 Fundación José Félix Ribas.....	61
3.4 Trabajo	61
3.4.1 Sentido del Trabajo	62
3.4.1.2 Centralidad del Trabajo	62
3.4.1.3 Creencias Normativas sobre el Trabajo	63
3.4.1.4 Motivos Laborales	63
3.4.2 Satisfacción Laboral	63
3.4.3 Funciones Positivas del trabajo	64
3.4.4 Tipos de Actividad Laboral.....	65
3.4.4.1 Trabajo Formal	65
3.4.4.2 Trabajo Informal	65
3.4.4.3 Sub empleo.....	66
3.4.4.4 Empleo Precario	66
3.4.5 Fuerza de Trabajo en Venezuela	67
3.4.6 Reinserción.	68
3.4.6.1 Reinserción Laboral.	70
3.4.6.2 Reinserción Laboral en población vulnerable o excluida.	71
3.4.7 Marco legislativo Internacional y Nacional de los derechos de población con discapacidad	72
3.5 Ideología	75
3.5.1 La naturaleza de la ideología	75
3.5.2 La ideología y creencias colectivas.	77
3.5.2.1 Cultura	77

3.5.2.2 Mundo de la vida	78
3.5.2.3 Conciencia Colectiva	78
3.5.3 Ideología Política	78
IV. MÉTODO	80
4.1 Tipo de Investigación.	80
4.2. Diseño de investigación.	81
4.3. Participantes.	84
4.4 Muestreo.....	86
4.5 Recolección de datos.....	86
4.5.1 Fase preparatoria.....	87
4.5.2. Trabajo de Campo	88
4.5.3 Fase de Análisis	88
4.5.3.1 Codificación Abierta	88
4.5.3.2 Codificación Axial	89
4.5.3.3 Codificación Selectiva	95
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	96
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	128
VII. CONCLUSIONES	139
IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	142
REFERENCIAS	144

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Dominios principales que constituyen un hogar.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 2. Grado de exclusión residencial.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 3. Eje I: Vivienda</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 4. Eje II: Tiempo</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 5. Criterios para la dependencia de sustancias DSM-V-TR.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 6. Criterios para el abuso de sustancias DSM-V-TR</i>	<i>36</i>
<i>Tabla 7. Funciones Positivas del Trabajo.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 8. Nomenclatura de Participantes.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 9. Sistema de Categorización.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabla 10. Dimensión A: Adicciones.....</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 11. Dimensión B: Situación de calle</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 12. Dimensión C: Rehabilitación.....</i>	<i>108</i>
<i>Tabla 13. Dimensión D: Reinserción Laboral</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 14. Dimensión E: Significado del Trabajo</i>	<i>122</i>
<i>Tabla 15. Dimensión F: Ideología</i>	<i>124</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Dimensión Adicciones.	90
<i>Figura 2.</i> Dimensión Situación de Calle.	90
<i>Figura 3.</i> Dimensión Rehabilitación.....	91
<i>Figura 4.</i> Dimensión Reinserción Laboral	92
<i>Figura 5.</i> Dimensión Significado del Trabajo.	93
<i>Figura 6.</i> Dimensión Ideología.	94

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1.</i> Guion de Entrevista Semi estructurada.....	157
<i>Anexo 2.</i> Sistema de Dimensiones, categorías y sub categorías... ..	160

I. INTRODUCCIÓN

En términos cuantitativos, nos encontramos con que son más de 100 millones de personas en situación de calle a nivel mundial (ONU, 2011), dentro de los cuales, hay 1.500.000 personas viviendo en condiciones precarias; es decir, sin techo. Por lo menos el 60% de estas personas no duerme en albergues, lo hace en lugares públicos, generalmente a la intemperie.

Podemos entender que la situación de calle se atribuye generalmente al resultado de la suma de múltiples causas estructurales e individuales, en las que las primeras se entienden como las que están fuera del control de la persona y están mediadas por variables del contexto del país, tales como la situación económica nacional, la estructura del mercado, de la vivienda y del trabajo, las características de la legislación e institucionalidad social, y de las políticas de reinserción de los egresados de instituciones como hogares de protección, hospitales psiquiátricos, centros penitenciarios, entre otras (Flores et. al, 2015).

Asimismo, hay también causas que están íntimamente vinculadas al individuo, que son los factores presentes en la historia personal de la población que se encuentra en esta situación. Por ejemplo, las dificultades familiares, laborales y de salud, así como también el consumo problemático de alcohol y drogas, son elementos de la biografía de las personas que eventualmente pueden provocar la situación de calle. Estos motivos, en la mayoría de los casos, tienen como base una historia de pobreza y vulnerabilidad social que acompañan a estos sujetos desde la infancia (Montecino, 2008).

Entendiendo que la situación de calle ha existido a lo largo de toda la historia y ha sido uno de los grandes pesares de la humanidad en cualquiera que sea el país o el sistema social (junto al desempleo, el hambre y el analfabetismo), es necesario el desarrollo de políticas públicas que velen por esta población e impulsen su rehabilitación y re-inclusión en sociedad.

La situación de calle y la reinserción laboral es un tema crítico en el mundo, tanto para las instituciones públicas y privadas, así como también para las organizaciones no gubernamentales del ámbito nacional e internacional. Por otra parte, tiene una posición relevante a nivel de la investigación e intervención dentro de las ciencias sociales y las médicas (Barraeat, 2007).

Justamente las causas asociadas a la permanencia en situación de calle, apuntan

a una escasa oferta de servicios especializados, en términos de cobertura y de calidad, que posibiliten la protección, prevención y promoción de la superación de la situación de calle (Flores et. al, 2015)

Asimismo, encontramos su relación y ubicamos en un lugar importante dentro de la investigación, la reinserción laboral definida por Donoso y Figueroa (2007) quienes afirman que no se trata solo que la población vulnerable logre salir de la situación de calle y desempleo, sino que también logre una cierta estabilidad o permanencia en una ocupación, de manera que genere autonomía económica e individual sin vinculación o dependencia a un tercero.

El proceso de reinserción laboral depende en su totalidad de un proceso de rehabilitación por uso, abuso y adicción a sustancias como estrategia fundamental para la recuperación del individuo en su totalidad, restableciendo vínculos familiares y sociales, así como el desarrollo de un sistema de valores y la creación de un proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo que les permita establecer hábitos y conductas adaptativas luego de la rehabilitación (Flores et. al, 2015)

En el caso de nuestro país, cuando se ha de remontar en la historia de la atención para la población en situación de calle, se sabe que entre la llegada de los españoles a tierras americanas y 1567, año de la fundación de Santiago de León de Caracas, no había hospital, hospicio o casa alguna dedicada a la atención de enfermos o población vulnerable en el valle de San Francisco o de los Caracas (Escalona, 2006).

Tal afirmación se apoya en pruebas documentales como el informe del Gobernador don Juan de Pimentel en 1572, donde comunica la presencia de casos de viruela y sarampión, pero sin mayor trascendencia aparente, puesto que no se tomaron providencias para ello (Escalona, 2006).

Reflejo de tal situación, y como dato anecdótico, a Santiago de León de Caracas arribó el primer médico, de nombre Miguel de Gerónimo, en 1583, es decir, diecisiete años después de fundada (Zuñiga, 1954).

Es cuando, en este mismo año se funda el Hospital San Pablo, cronológicamente el primero de Caracas y jerárquicamente el principal de la Provincia. Esta institución era exclusivamente para la atención de hombres *indigentes* (Zuñiga, 1954).

A medida que se desarrolla la historia de Caracas, también evolucionan los

albergues para la población vulnerable, por ejemplo, se funda la “Casa Nacional de Beneficencia” el 14 de diciembre de 1865, durante la presidencia del Mariscal Juan Crisóstomo Falcón, decretando la fundación de un establecimiento para recoger y tratar a los pobres de solemnidad, al igual que la aparición de los hospitales religiosos, que para ese entonces se denominaban *Obras Pías* y que surgían y se mantenían por voluntad y donaciones provenientes de personas o grupos caritativos, para el auxilio de los desposeídos (Zuñiga, 1954)

Actualmente, en Venezuela existen distintos programas que procuran la atención a esta población, cuya gestión es la reinserción social de estos actores. Dentro de estos programas figura La Misión Negra Hipólita, Centro de Desarrollo Integral Okeimá y el convenio Cuba, desarrolladas durante el periodo del ex presidente de Venezuela Hugo Chávez, que forma parte de las políticas sociales del Gobierno de Venezuela.

Existe también el Programa Techo, adscrito al gobierno de la municipalidad de Chacao, al igual que otros servicios religiosos, asociaciones anónimas y centros privados cuya intención es atender las necesidades específicas de este sector de la población, que hemos descrito como personas en situación de calle.

Y, precisamente porque la responsabilidad de la creación, desarrollo y mantenimiento de programas y centros de atención para población vulnerable recae sobre el Estado, es pertinente rescatar los conceptos de la política: Estado, gobierno y nación; imprescindibles para entender la estructura de las instituciones, que a veces se mezclan y confunden, conduciendo a efectos perjudiciales sobre la vida en sociedad.

La nación se refiere a la gente, a la sociedad civil. Es el conjunto de ciudadanos que elige, configura y controla la esfera política, es decir, el Estado y también el gobierno. Pero es, además, el sentimiento de pertenencia a una cultura, a una historia, a un pueblo particular (Bobbio, 1989).

Por Estado entendemos el conjunto de instituciones públicas que regulan la vida de un país, que se instituye sobre los intereses y voluntades particulares. Así, el Estado es la organización política soberana de una sociedad establecida en un territorio determinado, bajo un régimen jurídico, con independencia y autodeterminación, con órganos de gobierno y de administración (Bobbio, 1989).

Mientras que por gobierno entendemos una administración *transitoria* del Estado. El gobierno está constituido por las instituciones que tienen a su cargo temporariamente

la conducción y el funcionamiento del Estado (Bobbio, 1989).

Existe una diferencia fundamental entre ambos: el Estado es permanente, en tanto que el gobierno es *temporal*; el Estado prevalece sobre cualquier circunstancia, mientras que el gobierno cambia según las circunstancias políticas. Por tanto, todas aquellas instituciones públicas que regulen la vida de un país deberían permanecer en desarrollo y funcionamiento velando por los intereses sociales de la nación (Bobbio, 1989).

Una deformación habitual de los gobiernos en las democracias débiles es la utilización del Estado para fines propios. Este fenómeno, deriva de una tremenda confusión entre Estado, gobierno y partido. Esa identificación conduce a suponer que los ciudadanos que llegan, sea por elección o por delegación, a ocupar la función pública, están autorizados a servirse del Estado como instrumento de acumulación de poder. (La Confusión entre Estado y Gobierno ,2010).

En Venezuela, el sistema político implantado desde hace dieciocho años ha deformado dicha terminología, afectado sin duda al Estado venezolano y el desarrollo de instituciones públicas, por lo menos para la atención a población vulnerable.

En lo que respecta a las políticas públicas del Estado, durante este periodo, el gobierno bolivariano ha buscado implementar distintos programas sociales que permitan brindar las herramientas necesarias a la población en situación de calle y de esta forma reinsertarse social y laboralmente. Pero, a la fecha este objetivo se ha desviado y sufrido impactos que parecen más responder a intereses políticos que a intenciones de rehabilitación para quienes habitan las calles de nuestro país.

Se ha determinado que hoy en día no existen mecanismos de seguimiento y control que permitan recabar información al respecto de avances o estadísticas sobre las personas tratadas y rehabilitadas, así como su inclusión social y laboral.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, es de vital importancia la creación de nuevas políticas públicas que permitan la reinserción social y laboral para la población en situación de calle en Venezuela, las cuales deben partir de las necesidades reales sentidas por esta población.

Para la fecha existe dificultad para acceder a la data sobre la realidad actual de la indigencia en Venezuela y por consiguiente en Caracas. Ante este escenario se

evidencia que son escasos los estudios sobre el tema con acceso al público, que pueda ser un referente para tener indicios de lo que debería ser una política pública para atender la situación de calle en Venezuela y el proceso de rehabilitación y reinserción social y laboral de esta población.

Esta investigación pretende abordar la experiencia del proceso de reinserción laboral de personas que estuvieron en situación de calle durante los último diez años y que fueron rehabilitadas por adicción a sustancias, exclusión social y vulnerabilidad en instituciones desarrolladas por políticas públicas del Gobierno de Venezuela.

Muy distante a hondar en una crítica ideológica sobre los programas de rehabilitación por sustancias del gobierno actual, esta investigación se centra en profundizar en la experiencia inclusión social y laboral de una población que sufrió situación de calle, siendo éste el aspecto de mayor relevancia dado que dicho fenómeno no ha sido suficientemente desarrollado en el ámbito de la psicología organizacional, pretendiendo servir de sustento empírico a futuras investigaciones en el área.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La habitabilidad en calle es un fenómeno social presente en varias culturas, en muchos países y en varios momentos históricos de la humanidad. No obstante, hoy en día no hay un consenso general respecto a su definición, lo cual afecta la forma en que estas personas son caracterizadas, las comparaciones que se hacen sobre la prevalencia de esta problemática en diferentes países, e incluso los criterios para que sean incluidas en investigaciones, programas o en políticas de intervención social (Nieto y Koller, 2014)

Sin perder de vista la problemática frente a un consenso para la definición del concepto, es indiscutible que la situación de calle se caracteriza por profundos niveles de exclusión social. Esto involucra por un lado la precariedad material de las condiciones de vida de esta población y la vulnerabilidad social en la que se encuentran, así como también los procesos de desvinculación social, y marginalidad que llevan a la invisibilización y desconocimiento del fenómeno (Weason, 2006)

La exclusión social es un fenómeno multidimensional diferenciado del tradicional concepto de pobreza. Si la pobreza se asocia a la falta de recursos económicos, el concepto de exclusión implica la consideración de otras variables como la educación, la salud, la vivienda, los vínculos familiares y sociales, el trabajo, entre otros (Arza, 2001)

A partir de este concepto que va más allá de la idea de privación económica, se incorpora la idea de procesos dinámicos que afectan a sectores cada vez más amplios de la sociedad (Matulic, 2013). En esta línea de proceso se han enfocado los informes realizados en La Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada) articulando tres dimensiones en las que transcurren las zonas o ámbitos básicos que pueden desencadenar variados procesos de exclusión social.

Dichas dimensiones son: la económica-laboral, la socio-relacional y la psicológica-individual.

De igual forma, España (2004) también sostiene lo afirmado por Arza al señalar como uno de los factores presentes en las personas en situación de calle la desafiliación como característica presente en esta población, que implica el paulatino proceso de desvinculación o quiebre de los vínculos afectivos (familia, amigos, etc.) y vínculos institucionales (escuela, trabajo, redes de apoyo, etc.).

En la actualidad, este fenómeno continúa impregnado de un imaginario social

estigmatizador y excluyente que pone en duda la propia condición de ciudadanos de las personas que lo padecen.

En Venezuela, el fenómeno de la “indigencia” surgía por cuadros de adicción asociados al alcohol y las drogas pero también por problemas familiares. Hoy se suman las dificultades de acceso al mercado laboral y la precariedad laboral como dos factores que inciden en el proceso de empleabilidad de las personas sin hogar, siendo uno de los principales detonantes la penuria y la crisis que se vive en el país (Massiah, Valecillos y Brito, 2016).

La importancia de la inserción de esta población en la sociedad desde la mirada de terapia ocupacional, se encuentra en sus pilares, en ciencia de la ocupación, donde se establece que “todos los seres humanos son seres empleables” (Billar & Spackman, 2005). Es decir, la ocupación, la cual es la actividad principal del ser humano y por medio de donde este controla y equilibra su vida, se define, se valora, se organiza y adquiere un significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona (Pamplona, 2004).

En el país existen varios centros que están al servicio de las personas en situación de calle, dedicándose a rehabilitar y reinsertar social y laboralmente a esta población. Entre los principales está La Fundación Misión Negra Hipólita (FFMNH), el Programa Techo, La Casa de rehabilitación de El Padre Machado y La Comunidad terapéutica del kilómetro 21 de El Junquito, el Hospital Psiquiátrico de Caracas Lidice, Hogares Crea, Misión José Félix Ribas, entre otros.

La FFMNH depende directamente del Ministerio del Poder Popular para Comunas y Protección Social. El enfoque de su programa es bastante global y preventivo, cuya atención comprende las comunidades que se encuentran en extrema pobreza y máxima exclusión. Su misión incluye la prevención de la situación de calle desde las mismas raíces vecinales donde hay desasosiego, desempleo y desadaptación incluyendo a niñas, niños y adolescentes en situación de calle o extrema pobreza, y los adultos, adolescentes embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de pobreza extrema al igual que sus familiares de origen (Cronick et al, 2010)

Para los inicios de la FFMNH, los promotores de ésta realizaron censos de las organizaciones públicas y privadas en la capacidad de prestar servicios de atención integral. Luego identificaron las familias y personas en Estado de vulnerabilidad en las comunidades de menores recursos económicos e identificaron los factores de riesgo

que pudieran afectar a la población infantil de la comunidad (Cronick et al, 2010).

Asimismo, planificaron actividades de prevención para la población de personas que aún no estaban en situación de calle pero vulnerables a la misma. Dentro de esta planificación se proponían promover y difundir programas de prevención e información contra el uso indebido del consumo de drogas y alcohol, enfermedades de transmisión sexual y embarazo precoz, apoyándose en los centros educativos. Iniciaron, además, actividades culturales y deportivas (Cronick et al, 2010)

Durante entrevista con la Dra. Cronick, co-autora del artículo “Personas en situación de calle. Evaluación inicial de dos programas” (2010) afirma que hoy en día la misión de la Fundación Negra Hipólita dista de su inicial misión, en parte por haber sido conceptualizada con muy poca participación de expertos y hacer mayor foco en la propaganda política que podía representar para el gobierno de turno.

De manera formal, para la fecha de redacción de este artículo, la FFMNH tenía alianzas con 117 centros en el país; 28 de estos centros se encontraban en Caracas. Mantenían centros de atención para la pernocta y estaban vinculados a organizaciones que prestan servicios de desintoxicación. Sus estrategias incluían el establecimiento de Módulos de Prevención Social en las distintas parroquias. Para tal fin, se contaba con la participación de los miembros activos de la comunidad, consejos comunales y Comités de Protección e Igualdad Social (COPIS), así como con la colaboración de otras instituciones del Estado. De hecho, todos los programas sociales del Gobierno se asociaban de algún modo con la FFMNH (Cronick et al, 2010)

En la actualidad, los participantes de este estudio reportan que de los 177 centros solo funcionan 25, en los cuales ahora los familiares de las personas rehabilitadas deben llevar los insumos de higiene, vestimenta y en algunos casos comida de manera que quien esté en proceso de rehabilitación pueda culminarla y ser reinsertados socialmente.

Así mismo, indican fallas en el proceso de reinserción laboral por carecer de programas de escolarización dado que la mayoría de la población en proceso de rehabilitación no ha culminado educación del ciclo básico o media diversificada.

Por otro lado, Hernan Di Oliveira, quien formó parte de distintos equipos de rehabilitación para personas en situación de calle, entre esos el Programa Techo en la municipalidad de Chacao, asegura que para el 2007 el perfil de los pacientes que

asistían a los programas de rehabilitación y reinserción, tenían como común denominador la desafiliación familiar y algún tipo de adicción. Reporta que hoy en día el perfil de las personas ha evolucionado y ahora se trata de pacientes policonsumidor de sustancias.

Además, señala que el 60% de las personas en situación de calle tienen antecedentes judiciales por lesiones, hurto o robo, es una población que porta enfermedades (sífilis, VIH, diabetes, hipertensión, epilepsia, discapacidades físico-motoras) y que muchos de ellos tienen condiciones físicas por secuelas de Accidente Cerebro Vasculares, accidentes de tráfico, impacto de bala y dificultades en la marcha. (Di Oliveira, 2016)

Di Oliveira afirma que el perfil de las personas que asisten a los programas de rehabilitación normalmente son personas adultas, entre 30 y 50 años con muy bajo nivel de instrucción que oscila entre el tercer y cuarto grado de primaria. Son personas que muchos de ellos no tienen un oficio especializado y es justamente ese bajo nivel de instrucción lo que los obliga a aprender oficios como estrategia de supervivencia. Por ejemplo, indica que muchos de ellos se desempeñan como mecánicos, albañiles o auxiliares de carpintería. Otro oficio común dentro de esta población es el de obrero o como vigilantes residenciales o en empresas.

El psicólogo Manuel Llorens expresa que es una obligación del Estado a través de políticas públicas asegurarle los derechos mínimos a un individuo, donde sus necesidades básicas de vida sean atendidas. Por otra parte, la sociedad tiene la responsabilidad de atender a aquellas personas en condiciones vulnerables (Palma, 2007)

Llorens asegura que para que una persona en situación de calle desarrolle sus capacidades con el fin de beneficiarse de las oportunidades que se le puedan presentar, debe contar con el apoyo de otras personas que han tenido similares dificultades y la oportunidad de incrementar sus habilidades. Si los integrantes de una sociedad proceden antes sus semejantes con valores y principios éticos, las personas en situación de calle de Caracas tendrán mayor probabilidad de reinsertarse de nuevo en el sistema social (Palma, 2007)

Según expresa Hernan Di Oliviera (2016), las personas en situación de calle que ya están entre 40 y 50 años, con respecto a la posibilidad de reinsertarse laboralmente expresan que su mayor temor es la edad y grado de escolaridad. Reportan angustia al

no creer poder conseguir empleo porque “nadie les va a dar trabajo”. Así mismo, indica que por ser una población con altos índices de reincidencia, no se considera que el proceso de rehabilitación nunca deba darse por culminado.

Di Oliviera (2016), refiere otro temor manifestado por esta población que ver con la formación. Muchos de ellos solo han practicado un oficio para poder generar plata. Por último temen la discriminación por haber Estado en situación de calle y es muy común que oculten esta información.

El abordaje de la experiencia de reinserción laboral de estos perfiles impresiona como un relato poco profundizado. Este trabajo pretende visibilizar y caracterizar la experiencia a través de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la experiencia de Reinserción Laboral en las personas rehabilitadas que estuvieron en Situación de calle?

2.1. Objetivos de la Investigación

2.1.1 Objetivo General

Explorar la experiencia de Reinserción laboral en cuatro personas que estuvieron situación de calle.

2.1.2 Objetivos Específicos.

- Exponer las dificultades de reinserción laboral de las cuatro personas que estuvieron en situación de calle.
- Conocer sus procesos de superación y recuperación en programas desarrollados por las políticas públicas de Gobierno de Venezuela
- Identificar aspectos que contribuyen a un proceso exitoso de reinserción laboral.

III. REFERENTES TEÓRICOS

Los puntos a desarrollarse en este marco referencial ayudarán comprender el fundamento conceptual de esta investigación. Los temas que abordamos están relacionados con el objeto de estudio y siendo los tópicos: personas en situación de calle, adicciones, proceso de rehabilitación, trabajo, sentido del trabajo, reinserción laboral e ideología política y religiosa.

3.1 Población en Situación de calle

La mayor parte de los estudios sobre la situación de calle han sido generados en Estados Unidos, y el aislamiento social del fenómeno primeramente denominado *homelessness* (personas sin hogar en inglés) ha sido una de las perspectivas dominantes en ellos. Ya en 1936, los “homeless” eran descritos como “personas poco amistosas, aisladas de todo contacto social de naturaleza íntima y personal” (Snow y Anderson, 1993)

A principios de la década de 1970, Howard Bahr se convirtió en el investigador más popular sobre la materia, e interpretó al “sinhogarismo” en términos de desafiliación. Para el autor, la teorización de desafiliación adquiere un significado psicológico, pues para él, la situación de calle se encuentra ligada a la personalidad del sujeto que padece los procesos de exclusión.

Hasta la década de 1980, el aislamiento social fue el aspecto predominante en las personas sin hogar debido a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. Igualmente las políticas de ajuste fiscal y los efectos de un proceso de gentrificación, que significarían el desplazamiento o expulsión de personas de clases bajas de sus zonas residenciales por incapacidad de costear la gastos de arrendamiento o pago de servicios debido a la transformación estas zonas marginales en proyectos domiciliarios prósperos, desprendían como resultado el aumento de la presencia de personas en calle (Shlay y Rossi, 1992).

No obstante, a partir de la década de los ochenta la variable “residencial” pasó a ser la característica principal de las persona en situación de calle y se aplicaron diversos términos para referirse a esta población sin hogar como: indigentes, mendigos, etc. (Cardona, 2007).

Actualmente se utiliza el término “personas sin hogar”, o en situación de calle si

nos referimos al fenómeno. A lo largo de esta investigación nos referiremos a esta población como "Personas en Situación de calle" (PSC).

3.1.1 Definiciones

La Federación Europea de Servicios para Personas Sin Hogar (FEANTSA) define el concepto de situación de calle como "ausencia de un lugar adecuado para vivir de forma permanente" y, personas sin hogar, como "todas aquellas que no pueden acceder de forma permanente a un lugar adecuado para vivir porque no pueden mantener ese alojamiento debido a dificultades económicas y otras barreras sociales" , o porque presentan dificultades para vivir de forma autónoma y necesitan ser atendidas y apoyadas (FEANTSA, 2001).

Por otro lado, España (2004) establece que la población en situación de calle se describe como aquellos ciudadanos con una carencia de "hogar", que corresponde a la falta de una infraestructura inmobiliaria donde resguardarse, sumado en ocasiones la ausencia de un núcleo familiar. Para el autor, la situación de calle es considerada la forma más extrema y más visible de exclusión, y quienes atraviesan estas circunstancias figuran como el último eslabón en la cadena de asistencia.

Las personas en situación de calle representan el paradigma extremo de la pobreza y la exclusión social en donde se conjugan una serie de factores combinados (estructurales e individuales) que se materializan en vivir en la vía pública (Cabrera, 2008). De hecho, las personas que se encuentran en situación de calle no son ciudadanos de plenos derechos ya que carecen de derechos (civiles y políticos) y se desenvuelven al margen de los estándares mínimos de vida de sus sociedades (Sánchez y Tezano, 2004)

Retomando la definición de la Federación Europea de Servicios para Personas Sin Hogar, esta institución desarrolló una tipología denominada ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) que se ha convertido en un instrumento de referencia a la hora de clasificar y cuantificar el fenómeno del situación de calle en la comunidad europea, y clasifica a esta población en cuatro categorías ordinales según su situación residencial en la medida en que se distribuyen desde un menor grado de exclusión a uno mayor con el fin de contribuir a la mejora, integración y coherencia de las políticas de prevención y atención del problema (Cabrera y Rubio 2008).

Para elaborar esta definición operativa en la investigación, se comienza por identificar lo que se nombra como dominios o espacios principales que constituyen un hogar, de manera que la ausencia en mayor o menor grado de alguno de ellos perfila las distintas formas de situación de calle que pueden darse según la FEANTSA (2007, p, 16):

Tabla 1.
Dominios principales que constituyen un hogar

Dominio físico	Una vivienda adecuada de la cual una persona y su familia pueden ejercer un uso exclusivo
Dominio social	Un espacio donde las personas pueden mantener su privacidad y establecer relaciones satisfactorias
Dominio legal	Referido al hecho de disponer de un título legal de ocupación y tenencia

De la combinación de estos tres dominios se desprenden cuatro grandes categorías básicas que implican un mayor o menor grado de exclusión residencial (Comité Económico y Social Europeo, 2011, p, 24):

Tabla 2.
Grado de exclusión residencial

Sin techo	No tiene alojamiento de ningún tipo, vive en un espacio público
Sin vivienda	Vive en un alojamiento temporal, en instituciones o albergues
Vivienda insegura	Vive temporalmente y de forma involuntaria con familiares o amistades en una vivienda sin contrato de arrendamiento, ha recibido orden de desahucio o vive bajo la amenaza de violencia doméstica
Vivienda inadecuada	Vivienda de escasas dimensiones y condiciones de habitabilidad, construida, con materiales de desecho, en los suburbios sin urbanizar de asentamientos ilegales, en vivienda no apta para su habitabilidad según la normativa. o donde existe una situación de hacinamiento

Por su parte, la investigadoras argentinas Puccetti y De La Sovera (2011) afirman que para la población en situación de calle predomina una condición, la de carencia de “hogar”, que correspondería a la falta de una habitación donde resguardarse, sumado por lo general a la ausencia de una familia. Para las autoras el estar en “situación de calle”, evidencia una circunstancia social, más que una categoría o condición individual.

Además, la concepción sobre la situación de calle no es la tradicional de pobreza, al contrario, se entiende como un conjunto de carencias, desafiliación que refiere al paulatino proceso de desvinculación o quiebre de los vínculos afectivos y vínculos institucionales (escuela, trabajo, redes de apoyo, etc.) (Puccetti y De La Sovera, 2011)

Según esta investigación realizada por Puccetti y De La Sovera (2011), la definición de personas en situación de calle podría establecerse de manera operativa, a partir de los siguientes ejes. Una persona se encuentra en situación de calle cuando:

Tabla 3.

Eje I: Vivienda

-
- 1.- Pernocta en espacios públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda
 - 2.- Por carecer de alojamiento fijo, pagan un alojamiento en entidades públicas, privadas o particulares que brindan albergue temporal.
 - 3.- Participan en programas que ofrecen: alojamiento en paradores, ingreso en residencias permanentes o por períodos importantes (hogares)
-

(Puccetti y De La Sovera, 2011, p, 227)

Tabla 4.

Eje II: Tiempo

Ocasional	Por días no sumando más de un mes en el último año.
Reciente	Menos de un mes, continuo, en calle o participando de algún programa de apoyo.
Habitual	De 1 mes a 6 meses seguidos, o acumulados en el último año
Permanente	Más de 6 meses.

(Puccetti y De La Sovera, 2011, p, 278)

EJE III: Exclusión: Las circunstancias de las personas en Situación de calle, se encuentran en estrecha relación con los procesos de desafiliación. Pueden distinguirse ejes fundamentales para identificar, en la vida de estas personas, los factores relevantes. A saber, problemas económicos y de trabajo, problemas de familia y pareja, problemas de salud (consumo de sustancias, alcoholismo, enfermedad mental y otros) y carencia de protección social, ruptura o debilitamiento de lazos sociales (Puccetti y De La Sovera, 2011).

Este conjunto de determinaciones son expresiones de procesos de desafiliación y fragilización relacional que conducen a la situación de calle afectando negativamente las capacidades de re-vinculación y recomposición de un proyecto de vida (Puccetti y De La Sovera, 2011).

Entonces, para Puccetti y De La Sovera, esta categorización afirma que estar en situación de calle no sólo contempla a las personas que viven y pernoctan en la vía pública sino a todas aquellas que no teniendo un domicilio propio, o alquilado, o prestado, deben recurrir a los servicios de asistencia social. No obstante, en Venezuela los servicios de asistencia están lejanos a ser el ideal que plantean las autoras.

Aunque aún no se ha consensuado una definición específica para la población en situación de calle, se reconoce en estos últimos años, según el profesor Cabrera (2009) una tendencia de corte situacional (refiriéndose a la permanencia en calle) y multidimensional que abarca factores personales, relacionales, socioeconómicos etc. alejándose de definiciones de tipo esencialista (ser sin hogar) y unidimensional por factores individuales.

3.1.2 Causas o factores desencadenantes de la situación de calle

En algunos casos, el alcoholismo, el consumo de drogas y los trastornos mentales constituyen la causa que precipita el proceso de exclusión, en otros, se convierten en la consecuencia directa de encontrarse en situación de calle y, en la mayoría, son la causa de permanencia en esta situación.

Muñoz, Vázquez y Cruzado (1995, p. 10) consideran que las causas más comunes de la situación de calle se organizan en torno a cuatro grupos de factores:

- a. Materiales: agrupan las variables económicas.
- b. Afectivos: agrupan variables relacionadas con la pérdida del apoyo social y la ruptura de las redes sociales.
- c. Personales: se incluyen en esta categoría las enfermedades físicas y mentales, las adicciones y la soledad.
- d. Institucionales: incluyen la desvinculación de la persona con todo tipo de instituciones.

En el estudio realizado por Muñoz, Vázquez y Cruzado, observan que las personas en situación de calle han sufrido en torno a nueve sucesos estresantes a lo largo de su vida, relacionados principalmente con más de uno de los factores anteriormente mencionados, y que además, la mayoría de estos sucesos aparecen como ocurridos antes o durante su transición a la situación de calle. Entonces, esto confirmaría para los autores la necesidad de entender el proceso de exclusión de esta población como una situación multicausal asociado a las variables económicas, emocionales, patológicas y su relación con las instituciones.

Así mismo, Weason (2006) afirma que la situación de calle se relaciona con determinados problemas sociales que la originan, y que a su vez dificultan su solución. Dentro de éstas, y coincidiendo en algunos aspectos con Muñoz, Vázquez y Cruzado, se encuentran las historias de pobreza crónica, los conflictos y violencia en las familias, desempleo, el consumo perjudicial de alcohol y drogas, las patologías y discapacidades psíquicas y los problemas judiciales.

Estas situaciones se tornan más complejas por el déficit de soluciones habitacionales, falta de educación y capacitación, falta de acceso a la salud, y carencia de redes sociales que apoyen en la superación de este problema.

De igual forma, coinciden con lo planteado anteriormente Flores, Contreras y Hernández (2015) estableciendo que la situación de calle generalmente es el resultado de una suma de causas estructurales y biográficas. Las causas estructurales están mediadas por variables del contexto del país, tales como la situación económica nacional, la estructura del mercado, de la vivienda y del trabajo, las características de la legislación e institucionalidad social, y de las políticas de reinserción de los egresados de instituciones como hogares de protección, hospitales psiquiátricos y centros penitenciarios, centros de rehabilitación por sustancias, entre otros.

Y por otro lado, las causas biográficas, es decir, los factores presentes en la historia personal de aquellos individuos que se encuentran en esta situación, por ejemplo, las dificultades familiares, laborales y de salud, así como también el consumo problemático de alcohol y drogas, son elementos determinantes de la biografía de las personas que se encuentran en riesgo y que eventualmente pueden provocar la situación de calle (Flores, Contreras y Hernández, 2015)

3.1.3 Caracterización de las Personas en Situación de Calle

Las personas en situación de calle son la población más vulnerable, que carecen de residencia permanente, que pernoctando a la intemperie y/o que se encuentra en situación socio-económica de emergencia, sin acceso al sistema de salud, al sistema de educación, al mercado formal de empleo, y en estado de exclusión y discriminación social.

Como se ha expuesto hasta ahora, la situación de calle se caracteriza por profundos niveles de exclusión social. La situación de exclusión y/o desafiliación temporal o permanente de los ámbitos principales también se caracteriza por el déficit de integración en la sociedad como lo son la familia, el trabajo, la educación y las organizaciones sociales (Nicolás et al., 2015)

En el caso de las personas en situación de calle, los problemas de salud física suponen una tasa entre dos y cincuenta veces más que la población en general (Muñoz, Vázquez, y Vázquez, 2003). Las condiciones de vida de esta población comúnmente conducen a graves enfermedades como malnutrición e hipotermia y carecen de cuidado higiénico; la carencia de medios económicos para obtener ayuda médica y no tener dinero para pagar medicamentos conlleva a encontrar en ellos numerosos problemas dentales, heridas infectadas y enfermedades mal curadas y crónicas (Cronick, Mora, Sousa, 2010)

Por otro lado, el desplazamiento de estas personas dentro de los límites de un territorio fijo o cambiante es constante, implicando por lo tanto recorridos estables o recorridos cambiantes por el centro de la ciudad o zonas frecuentadas, en función del desarrollo de sus actividades de mantenimiento cotidiano. Dichos trayectos geográficos se realizan en función de las prácticas de subsistencia desplegadas por las personas o grupos que comparten la situación de calle como modo de llevar adelante sus estrategias de vida o de reproducción cotidiana (Torrado, Bourdieu, y Gutiérrez).

Ahora bien, varias investigaciones sobre personas en situación de calle, que se enmarcan en menor o mayor medida en el Interaccionismo simbólico, han considerado que la creación de identidad de estas personas es problemática. Todos ellos asumen que existen múltiples identidades y al menos dos son reconocidas por todos. Por un lado está lo que se podría denominar identidad social, que se forma a partir de las atribuciones que los demás hacen sobre una persona (Goffman, 1963).

Por otro lado, también existe una identidad personal, que son los atributos positivos y negativos imputados por la persona a sí misma. En el caso de una persona no excluida, estas dos identidades tienden a solaparse, mientras que en las personas en situación de calle se encuentran en tensión (Boydell et al., 2000).

Las personas en situación de calle forjan su identidad a partir de roles principales que desempeñan en su vida, los cuales dependen de la realización de determinadas ocupaciones y dictadas por la necesidad de sobrevivir. Esto es así, porque la identidad personal o sentida, entendida como un conjunto articulado de rasgos específicos de un individuo, siempre le debe entregar a la persona un sentido de dignidad o de valor, imposible de obtener de una entidad social con carga negativa. (Farrington y Robinson, 1999).

Es por esto que entendiendo como las personas forman su identidad a través de sus ocupaciones diarias, estas ocupaciones son agentes poderosos que dan significado a la vida y facilitan la construcción de identidad. Cuando se les restringen estas actividades, se les arrebatara la capacidad de realizarse, la calidad de vida, los recursos y la identidad (Farrington y Robinson, 1999).

Resulta entonces de vital importancia la creación de políticas públicas para la población en situación de calle que partan de las necesidades reales sentidas por esta población y que más allá de responder a modelos teóricos de atención, resulte necesario abarcar los distintos conceptos que influyen en dicha situación de calle, ya sea salud, educación, acceso e inclusión, e los cuales se hagan vales sus derechos humanos en igualdad de condiciones. (Farrington y Robinson, 1999).

3.1.4 Vínculos familiares y sociales

Para Bachiller (2010) ciertos lazos sociales persisten pese al entorno desfavorable. Una persona en situación de calle podría continuar ligada con algunos integrantes de su familia. Mientras que la mayoría de las teorías sobre la exclusión social y gran parte de los modelos de interpretación del situación de calle parten de un supuesto de aislamiento social, para Bachiller, si bien los procesos que desembocan en una situación de calle implican el quiebre de muchos vínculos afectivos, estas afirmaciones deben ser relativizadas.

El investigador, a partir de un estudio etnográfico con un grupo de personas en situación de calle que reside en la Plaza Isabel II de Madrid, arrojó resultados con respecto a la afiliación y vínculos sociales que esta población conserva con algunos de sus familiares. En segunda instancia, la observación participante confirma lo planteado por Rosenthal (1994): la distancia familiar es, en gran medida, producto del estigma y de la incapacidad actuar de manera recíproca.

Asimismo, estas personas establecen relaciones en la calle. El investigador caracterizó la sociabilidad de esta población y determino que las redes que ellos establecen en la zona son también formas de vínculos sociales que disponen para su subsistencia y adaptación cotidiana, tanto en el ámbito material como emotivo (Bachiller, 2010).

Las PSC logran establecer ciertas interacciones con los vecinos en las zonas en la que se instalan, y gracias a ellas se facilita su subsistencia. Las relaciones con los vecinos que residen en el área y con los comerciantes y empleados que trabajan en los alrededores demuestra que la conexión no se circunscribe a 'los grupos de excluidos'. Más aún, las personas en situación de calle expresan una necesidad de asociarse con quienes disfrutan de un domicilio, y ello se debe no sólo a las condiciones materiales, sino también a la sensación de 'normalidad' ligada a la inclusión en las dinámicas barriales (Rowe y Wolch, 1990).

3.1.5 Subsistencia

Dentro de los medios que permiten a las personas en situación de calle obtener los recursos para subsistir, existen múltiples estrategias que les admiten satisfacer diariamente las necesidades básicas. Algunas de éstas se constituyen como un trabajo informal, es decir, tareas ocasionales e independientes de un empleador, otras estrategias, en cambio, dependen de la disposición de ayuda de la sociedad o de las instituciones de beneficencia (Valerio, 2006)

Entre los trabajos que las personas en situación de calle realizan para poder obtener dinero o alimentación sin tener que recurrir a la caridad o a otras formas de subsistencia, son pequeños trabajos empleos puntuales en la comunidad como lavar autos, y ayudar en compras o labores de aseo (limpieza de calles, botar basura), los cuales surgen frente a las necesidades del entorno, es decir, a partir de encargos o peticiones de otros ciudadanos, por lo cual se trata de una actividad que no entrega seguridad por lo esporádica y variable (Valerio, 2006)

Unos pocos se dedican a la venta de objetos, en su mayoría donados por alguna persona o recogidos desde la basura. Se trata de ropa o artículos usados, como electrodomésticos u otros utensilios, que pueden ser vendidos. Otros, en tanto, recolectan y venden cartones, botellas o latas (Valerio, 2006)

Una vía para obtener el sustento diario también es el “mendigar”, es decir, pedir dinero en las calles, como también, acercarse a restaurantes o casas a pedir un plato de comida que les permite saciar el hambre. Esta medida es utilizada, en muchos casos, como un recurso paralelo a la realización de una actividad remunerada o como última táctica, si es que no resultaran otras (Valerio, 2006)

Otro aspecto que aparece es el robo como mecanismo de subsistencia. Algunas personas en situación de calle recalcan su uso como medio último frente a las carencias del diario vivir, y lo asocian a la falta de opciones laborales. No obstante, el robo corresponde a una costumbre, siendo la manera fácil de obtener dinero, por ser un medio rápido y que no requiere mayor esfuerzo (Valerio, 2006)

En su mayoría, las personas en situación de calle, subsisten gracias a la preocupación manifestada por algunos de los ciudadanos y por las instituciones de beneficencia, quienes prestan asistencia y cooperación a este sector de la población; de ellos reciben alimento, vestuario, artículos de aseo, entre otros. Las personas que les entregan ayuda, son principalmente quienes viven en las cercanías del lugar donde los entrevistados pernoctan: vecinos, dueños de restaurantes, guardias de seguridad (Valerio, 2006)

3.1.6 Niños como caso especial

Actualmente en Venezuela son escasos los estudios sobre niños, niñas y adolescentes (NNA) y familias en riesgo psicosocial. Según cifras del año 2010 recabadas por el extinto Instituto Nacional del Menor (INAM), hace siete años en las calles vivían unos 10 mil niños de acuerdo. Entre ellos 4 mil se encontraban en situación de abandono, y el resto tenía antecedentes penales por hurtos o delitos menores (Vera, Hernández, Aguilar y Peña, 2010)

Aproximadamente un millón 600.000 niños y adolescentes eran trabajadores, de los cuales 206.000 ejercían las peores formas de empleo (prostitución, farmacodependencia, estafa). Entre las principales denuncias relacionadas con el cuidado y crianza de los niños, reportaban incumplimiento del padre en la obligación

alimentaria, maltrato y abuso sexual (Vera, Hernández, Aguilar y Peña, 2010).

Estudios previos a los de Vera y colaboradores, presentados por Aldeas Infantiles, organización no gubernamental internacional y sin fines de lucro refirió para 2006 que la presencia de las niñas en la calle se había incrementado en un 40% aproximadamente y muchas de ellas consumían drogas. Este mismo documento reportaba que los centros de atención para niños y niñas en situación de calle “eran insuficientes” ya que muchos de las entidades “han debido cerrar sus puertas por la falta de recursos, quedando en Caracas sólo la Casa de la Edad de Oro perteneciente a la Fundación Caracas para los Niños” (Ponte, 2009)

Retomando el estudio nacional más reciente disponible, Vera y colaboradores, realizaron un diagnóstico de la condición de riesgo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de tres municipios del Estado Mérida, arrojando los siguientes resultados (Vera, Hernández, Aguilar y Peña, 2010).

En términos de escolaridad, 105 varones habrían cursado entre segundo y séptimo grado del colegio mientras que en el caso de las niñas fue distinto. De 56 niñas participantes, solo 14 estudiaron entre segundo y cuarto grado de primaria mientras que 19 niñas entre tercero y séptimo (Vera, Hernández, Aguilar y Peña, 2010).

Por otro lado se determinó que todos los niños, niñas y adolescentes se encontraban en situación de calle, pero no dormían en ella. En este estudio muchos de los NNA provenían de otros municipios en donde aseguraban que vivían sus familias. Trabajaban en el sector informal como limpia botas, cuidaban automóviles, limpiaban vidrios, vendían incienso, estampas, flores, etc.

La mayoría pedían limosna en *luncherías*, restaurantes, panaderías, iglesias, calles del centro de la ciudad o la plaza de sus respectivos municipios. El dinero que ganaban, por lo general, lo utilizaban para comprar comida o lo entregaban a su progenitor o representante. Se les observaba mal vestidos, desaseados, con signos de maltrato físico; esquivos, escurridizos, y agresivos entre ellos mismos. Todos mantenían contacto con sus familias, las cuales vivían en estado de pobreza (Vera, Hernández, Aguilar y Peña, 2010).

Los hallazgos sustentan la necesidad de incrementar la atención por parte del Estado y de la sociedad en general hacia el grupo de NNA con experiencia de calle y sus familias, mediante la implementación y aplicación de políticas y estrategias que

aseguren condiciones óptimas para el desarrollo pleno de sus potencialidades y capacidades, como seres humanos y ciudadanos (Vera, Hernández, Aguilar y Peña, 2010).

3.2 Adicciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Mientras que adicción se define como el consumo repetido de una o varias sustancias ilícitas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua.

El adicto muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir dicho consumo voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Para el DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2013) la dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas y durante un período continuado de 12 meses.

Además, este mismo manual también considera el abuso de sustancias, el cual define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los síntomas que indicamos en la Tabla 4.

Tabla 5.

Criterios para la dependencia de sustancias DSM-V-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

Continuación de la tabla Criterios para la dependencia de sustancias DSM-V-TR

El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/grave o especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

(American Psychiatric Association, 2013)

Tabla 6.
Criterios para el abuso de sustancias DSM-V-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

Continuación de tabla Criterios para el abuso de sustancias DSM-V-TR

consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

(American Psychiatric Association, 2013)

3.2.1 Motivos asociados al consumo

Uno de los primeros motivos asociados al consumo de sustancias es el sentimiento de bienestar: La mayoría de las drogas de las que se abusa producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia es seguida por otros efectos, que varían según el tipo de droga que se consume. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, la sensación de euforia es seguida por sentimientos de poder, confianza en uno mismo y mayor energía. En contraste, la euforia causada por opiáceos como la heroína es seguida por sentimientos de relajación y satisfacción.

En segundo lugar, el consumo está identificado con la necesidad de sentirse más en control sobre sí mismos. Algunas personas que sufren de ansiedad social, trastornos relacionados con el estrés y depresión, comienzan a abusar de las drogas en un intento por disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en el inicio del consumo de drogas, la continuidad en el abuso de drogas o la recaída en pacientes que se recuperan de la adicción.

También los deportistas a veces intentan aumentar su desempeño y mejorar químicamente sus capacidades cognitivas o su rendimiento recurriendo a sustancias

ilícitas.

Consumo de pares o familia. En este aspecto, los adolescentes son particularmente vulnerables, debido a la fuerte influencia de la presión de sus pares o imitación de los hábitos familiares por socialización primaria.

3.2.1.1 Factores familiares

El grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores, a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador.

Afirma el Instituto Nacional Español sobre el Abuso de Drogas (2014) que los padres o los miembros mayores de la familia que abusan del alcohol o las drogas, o que manifiestan comportamientos criminales, pueden aumentar el riesgo de que los hijos o menores a su alrededor también desarrollen problemas con las drogas.

Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005), en un estudio realizado con una muestra de edades comprendidas entre los 18 y los 51 años en Estados Unidos, encontraron que la existencia en la familia de origen de un estilo evitación con respecto a sus afectos y responsabilidades, se asocia con la presencia de una personalidad de características más defensivas, con quejas de tipo somático, tendencia al aislamiento social, pérdida de cohesión y evitación de conflictos en el ámbito familiar. El estilo de apego ansioso/ambivalente se relaciona con elevadas puntuaciones de los sujetos en ansiedad y depresión. Por el contrario, en el caso del apego seguro existe una relación inversa con depresión, ansiedad, aislamiento social y evitación familiar de los conflictos.

Zimmerman y Becker-Stoll (2002) señalan que los adolescentes que crecen en una familia con un apego seguro, con posibilidad para tratar abierta y directamente los conflictos, tendrán más probabilidades y facilidades para llegar al estadio de logro de identidad, mientras que la existencia de un apego inseguro se asocia al estado de difusión de identidad. En lo que se refiere al consumo de sustancias en la adolescencia, éste puede interpretarse como una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional, y se relacionaría con la existencia de un apego no seguro (temeroso-evitativo)

La ausencia de estrategias más adecuadas para la reducción del estrés emocional facilitaría el empleo de drogas, legales o ilegales, convirtiéndolas en una alternativa atractiva en distintas situaciones, entre las que destacarían las de carácter

interpersonal, en las que los sujetos se encontrarían más inseguros. De hecho, las familias en las que los dos padres son especialmente temerosos son las que presentan un peor funcionamiento familiar y una mayor comorbilidad con patología psiquiátrica. (Schindler, et al. 2007). No obstante, todos los estudios correlaciones planteados a lo largo de esta investigación no indican relaciones causales.

El clima familiar es otro factor importante a tener en cuenta, especialmente en lo que a emocionalidad negativa se refiere. Brook, Whiteman, Finch y Cohen (2001) afirman que las dificultades de control emocional de las madres, quienes por lo general pasan más tiempo con sus hijos, se relacionan de forma directa con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos. Por otra parte, la presencia de conflictos interparentales de carácter destructivo influye también de forma importante en la relación con los iguales, aumentando el riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales, así como psicopatología, en un futuro (David y Murphy, 2007).

Además, esta investigación realizada en 2007 muestra que a medida que aumenta la importancia que se otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad y a la intimidad con los padres, incrementa la supervisión paterna sobre las actividades y amistades de los hijos y disminuyen en general las conductas de riesgo de los mismos, y particularmente el consumo de sustancias.

3.2.1.2 Factores Comunitarios

Existe una relación importante entre las maneras que tienen la comunidad y el individuo que vive en ella para comprender los efectos de las distintas sustancias psicoactivas. Los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la abstención o la elección de las sustancias psicoactivas. Estos valores tienen un papel importante en los factores de riesgo y protección contra el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos (Zimmerman y Becker, 2002).

La desorganización comunitaria, que pueden afectar ciertos barrios marginales de las grandes ciudades, son influencias que, aun siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, pueden, pero no necesariamente, constituirse en elementos facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo (Becoña, 2002).

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo

asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006). En este sentido está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Sí, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa.

Por otra parte, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado, tendrá una impresión en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con los delitos asociados a la heroína o a la cocaína respecto al cannabis, son sólo dos ejemplos de esta relación (Becoña, 2002).

Por último, otro factor fundamental en el consumo de sustancias es la accesibilidad a las mismas, y dentro de ésta su precio, de tal forma que cuando el precio es bajo existe un mayor consumo, que disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, et al., 2002).

3.2.1.3 Factor relacional y compañeros

En la adolescencia el grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor en la vida del individuo, a la vez que se produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido su papel como factor de riesgo y/o protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Friedman y Glassman, 2000).

Por supuesto, las investigaciones señalan que el 12% de los consumidores refieren que el grupo de iguales ha ejercido sobre ellos una presión directa hacia el consumo de sustancias (Swadi, 1989). La investigación realizada por Swadi encuentra que en el 24% de los casos el mejor amigo de los adolescentes consumidores también realiza un uso de sustancias, frente a tan sólo el 3% de los de los sujetos no consumidores.

De esta forma, las actitudes de los compañeros hacia el consumo de sustancias, y la percepción que el adolescente tenga sobre estas, también es un factor de riesgo para el mismo, al incidir en las propias actitudes y conductas (D'Amico y McCarthy, 2006). Pero no sólo el pertenecer a un grupo puede incrementar el consumo de sustancias, sino que también el rechazo por parte de los iguales puede aumentar el riesgo de problemas emocionales y conductuales, así como de psicopatología y de

consumo de sustancias (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Por último, señalar que el grupo y el apego a los iguales también pueden ser un potente factor de protección cuando estos no consumen drogas, fomentando el desarrollo de un estilo de vida saludable y de unos valores y actitudes prosociales (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

3.2.1.4 Factores Escolares

Junto con la familia, la escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana. Es por esto que su papel en la protección contra el uso, abuso y dependencia de sustancias resulta fundamental. Así, cuando en el centro escolar se promueve una educación integral de calidad, existe un adecuado seguimiento personal de los alumnos y sus necesidades que fomente una mayor autonomía y un sentido de la responsabilidad, que se asocian a una menor probabilidad de desarrollo de conductas problema, entre las que se encuentra el consumo de sustancias

Otro factor que resulta importante para el uso de drogas es el rendimiento escolar, aumentando el riesgo de consumo cuando existe un fracaso escolar, independientemente de cuáles sean sus causas, y constituyéndose como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, lo que puede deberse a la experiencia de éxito que supone para el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010).

Mientras que la satisfacción con la escuela y encontrarse bien en ella facilita el desarrollo de conductas normativas y disminuye las probabilidades de uso de sustancias (Piko y Kovács, 2010), el bajo apego a la misma es un factor de riesgo. Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas (Gottfredson, 1988).

3.2.1.5 Factores Individuales

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos, los psicológicos y conductuales y los rasgos de personalidad.

3.2.1.5.1 Factores biológicos

Una gran parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos y están relacionados con el consumo de alcohol de los padres y el que realizan los hijos. Los estudios genéticos muestran que los hijos de alcohólicos tienen un mayor riesgo (1,6% al 3,6%) de desarrollar alcoholismo que los hijos de no alcohólicos (McGue, 1994).

Los clásicos estudios de Cadoret (1992) y Yates, Troughton, Woodworth y Stewart (1996) señalan que los factores genéticos juegan un papel más importante en la transición del uso de drogas al abuso, que en su propio uso. Estiman que los factores genéticos explican entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción.

3.2.1.5.2 Factores Psicológicos y Conductuales

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007).

De hecho, parece haber una relación bidireccional dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). Además, el consumo aumenta la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Kamon et al., 2006).

Los datos indican que la existencia de estado de ánimo depresivo en la adolescencia temprana aumenta la probabilidad del uso de sustancias y que el consumo de cannabis podría ser una estrategia de alivio de los síntomas (Paton, Kessler y Kandel, 1977). Igualmente La conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias y, de hecho, existe una relación entre éste último y otras conductas delictivas.

Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008). Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002).

La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales, especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático, y con el abuso de sustancias. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000)

3.2.1.5.3 Rasgos de personalidad

Una constante en la investigación en adicciones es el intento de descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de los individuos que las usan, con el objetivo de predecir la posible aparición posterior de abuso y dependencia, así como mejorar el tratamiento y la prevención de los mismos, teniendo en cuenta las características distintivas de dichos individuos.

Algunas investigaciones se han dirigido a la obtención de un perfil de personalidad, mientras que otras líneas se han centrado en variables más concretas. Dentro de las primeras investigaciones los modelos más utilizados son:

- a. el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad
- b. el Modelo Alternativo de los Cinco Factores, de Zuckerman y sus colaboradores: Impulsiva búsqueda de la sensación, neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad, sociabilidad y actividad.
- c. los Modelos de Tres Factores, entre los que destacan el de Eysenck: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo y el de Cloninger –Evitación del Dolor, Dependencia de la Recompensa y Búsqueda de Novedad (Sher, Bartholow y Wood, 2000).

Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, dentro de la cual podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, y parece tener mayor relevancia en el inicio del consumo y en la conducta de adquisición del consumo de la sustancia.

Por otro lado, la denominada impulsividad no planeada, se asocia a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria, y se relaciona con el mantenimiento del

consumo y con la presencia de psicopatología, a la que puede subyacer un déficit a nivel de los lóbulos frontales (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Dawe y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lessor, Herman y Anderson, 2005).

Los estudios muestran una clara relación entre el uso y el abuso de sustancias y una alta impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes. Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una menor percepción de riesgo (Clark y Robbins, et. al 2006)

3.2.3 Comportamiento adictivo

El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la compulsión o pérdida de control.

El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia que produce un lapso en el consumo. Por síndrome de abstinencia se entiende (Becoña, 2008) referido a las sustancias psicoactivas, que es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga (Echeburúa, 1999).

Generalmente se inicia dicho cuadro a las pocas horas del último consumo (de ahí que muchos toxicómanos aleguen necesitar una dosis para evitar el cuadro de abstinencia, vulgarmente conocido como “mono”) y suele perdurar con mayor o menor intensidad unos cuantos días tras ese último consumo (American Psychiatric Association, 1994). Este cuadro, el de abstinencia, se relaciona por tanto con el mantenimiento de la conducta adictiva y también con la recaída en la misma, si bien no es el único factor determinante (Organización Mundial de la Salud, 2000) Obviamente su clínica, intensidad y duración dependen, entre otros factores, del tipo de sustancia.

El tercer aspecto es el de tolerancia. Consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que, conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto.

Junto al concepto de tolerancia suele hablarse de neuroadaptación, entendiendo por tal el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en éstas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia. Funcionaría como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005).

El cuarto aspecto es el de intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción. En este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989).

El quinto aspecto que consideramos significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas.

Junto a lo anterior no debemos dejar de apuntar otros dos hechos. El primero, que habitualmente no va sola una conducta adictiva, sino que suelen estar presentes varias al mismo tiempo en un mismo individuo. El fenómeno de la poli toxicomanía, tan frecuente en drogodependencias (también conocido como poli dependencia o poli adicción), indica que no se da una sola conducta adictiva sino varias al mismo tiempo.

3.2.4 Circuito de Recompensa

El circuito del placer o circuito de recompensa desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias y comportamiento, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas. Se trata de un circuito cerebral existente no sólo en el ser humano sino compartido con la gran mayoría de los animales. Es, por tanto, un sistema primitivo (McLellan et. al., 2000)

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobre-estimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al usuario a repetirlo (McLellan et. al.,

2000)

Cuando se toman algunas drogas adictivas, pueden liberar de 2 a 10 veces más la cantidad de dopamina que las recompensas naturales, como comer y tener sexo. En algunos casos, esto ocurre casi de inmediato (como cuando las drogas se fuman o se inyectan), y los efectos pueden durar mucho más que los producidos por las recompensas naturales (INAD, 2014)

Los efectos resultantes sobre el circuito de recompensas del cerebro son gigantescos en comparación con los producidos por los comportamientos naturales de gratificación. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a la gente a consumir drogas una y otra vez (INAD, 2014)

3.2.5 Consumo de sustancias en Venezuela

Las enfermedades adictivas son un fenómeno que afecta la salud y el bienestar de la sociedad mundial y Venezuela no es la excepción.

La Oficina Nacional Antidrogas (ONA) y el Observatorio Venezolano de Drogas en su informe sobre la Caracterización del Consumo de drogas en pacientes atendidos en 49 centros de tratamiento y rehabilitación nacional durante 2008 da cuenta que el 70,5% de los adictos se iniciaron con drogas lícitas o permisadas.

Para ese año, 2008, las cifras indican que el 47,1% de los pacientes se iniciaron con bebidas alcohólicas y el 23,4% con tabaco, mientras el 29,5% inició la adicción con drogas ilícitas, siendo la marihuana la mayor consumida.

Esta información fue aseverada por Alí Ayubi, director de la Unidad de Adicciones de la Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia. También afirma que los adolescentes representan la población más crítica y vulnerable, aunque no consumen en gran cantidad, es la etapa en la que puede iniciar la adicción de las drogas lícitas que les son de fácil acceso y sirven de trampolín para las drogas ilegales.

Este mismo órgano rector a finales del año 2014 publicó el Plan Nacional Antidrogas 2015 - 2019, que contempla la “implementación de mecanismos y medidas de control, vigilancia, fiscalización en lo concerniente al tráfico ilícito de drogas, así como lo atinente a la prevención del consumo de drogas, el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problema de adicción en el territorio nacional.”

En esta publicación, la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) recoge las estadísticas

del período 2009-2013 de esta institución. En lo que respecta al consumo de drogas en distintas poblaciones, arroja una aproximación a la magnitud del uso indebido de tales sustancias en el país.

Las cifras indican que, se evidencia que se concentran la mayor magnitud de consumo en los estados Miranda, Vargas, Carabobo, Aragua y el Distrito Capital, que representan un tercio de la población del país. Así mismo afirman que la droga lícita de mayor consumo es el alcohol, con un consumo del 68%; mientras que la droga ilícita más consumida es la marihuana, con una prevalencia de 5.06%.

Seguidamente, la incidencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas (alcohol y marihuana respectivamente) con respecto al género destaca que la población masculina que consume o ha consumido marihuana, supera el doble de la población femenina que consume o ha consumido esta droga.

Por otra parte, el estudio refleja que los adolescentes y adultos jóvenes presentan indicadores de riesgo que alcanzan cifras considerables en distintos aspectos, pudiendo considerárseles entonces como poblaciones vulnerables.

También resulta alarmante que del 56.3% comprendido por la población escolar, un porcentaje elevado (14.7%) de esta misma población cree que el consumo de “drogas ilícitas” es de poco o no representa ningún riesgo. Este estudio fue realizado en 2009 por Fundación y ONA.

En el caso de consumo de cocaína, la mayor prevalencia de consumo se concentra, en el mismo orden, en los estados Apure, Táchira, Amazonas, Lara, Miranda, Portuguesa, Aragua, Distrito Capital, Mérida, Bolívar y Anzoátegui. Igualmente, dicho estudio revela que las principales razones que animan a los jóvenes al consumo de drogas son: evadir problemas, asistir a fiestas, donde son ofrecidas por presión grupal, estar viviendo momentos de rabia, tristeza o enojo y pasarla bien con los amigos, entre otras.

Todo lo anterior se traduce en escenarios para los cuales deben generarse respuestas tanto en la prevención como en el tratamiento de las personas que presenten patrones o consumos adictivos de drogas.

3.3 Rehabilitación de sustancias

3.3.1 Definiciones

Un tratamiento de rehabilitación puede definirse como el conjunto de estrategias e intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas, y para aumentar y optimizar el desempeño personal y social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se aplica tal nombre al proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta cuando se alcance el nivel de salud y bienestar más alto que sea posible (p. 39).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales (Huerta & Soubran, 2016),

Dentro del proceso desarrollado en la comunidad terapéutica se pueden distinguir tres fases, en función del momento y de los objetivos planteados: fase de acogida, fase de tratamiento y deshabituación y fase de inserción social (Consellería de Sanitat, 2006).

3.3.2 Atención sanitaria y de rehabilitación funcional

En el programa de la Negra Hipólita existen tres niveles de atención sanitaria y de rehabilitación funcional en rehabilitación por sustancias. Estas son el tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima. Además, existen otros recursos que no forman parte de la red de servicios asistenciales de la red en drogodependencias pero que intervienen coordinadamente en el tratamiento (Atención Primaria, Salud Mental, etc.).

3.3.3 Tratamiento ambulatorio

Este tratamiento constituye el eje central del tratamiento de la persona toxicómana

por ser el recurso desde el cual se establece el diseño del programa de tratamiento adaptado a las características del paciente, tanto personal como social (Alameda et. al., 2002)

Una vez que la persona drogodependiente accede a un tratamiento ambulatorio, recibe información de los servicios disponibles en el centro y, si el paciente acepta ser atendido, es citado con los diferentes profesionales. Éstos recaban información sobre el caso, tanto de aspectos personales, como familiares y sociales, hasta que los datos permitan establecer el recorrido del tratamiento, así como los factores facilitadores y los obstáculos que pueden surgir en el mismo (Alameda et. al., 2002)

En este proceso se utilizan pruebas diagnósticas médicas y psicológicas, cuestionarios y cualquier instrumento estandarizado o no, que contribuya a completar una evaluación biopsicosocial, permitiendo realizar la planificación del tratamiento (Alameda et. al., 2002)

A partir de ese momento se inicia la rehabilitación funcional del paciente, pasando progresivamente de un control externo inicial a un autocontrol del paciente, tanto en rutinas diarias, como en planificación del tiempo y del dinero. También se trabajan diferentes áreas en función de las necesidades de cada caso, y que suelen incluir, entre otras, la mejora de las relaciones familiares, el establecimiento de nuevas relaciones fuera del ambiente de la droga, la prevención de recaídas, el reciclaje profesional y la búsqueda de empleo (Alameda et. al., 2002)

Para efectuar el recorrido descrito, los tratamiento ambulatorio ofrecen una serie de servicios dirigidos a las personas drogodependientes y a sus familias, incluyendo en la mayoría de los casos los que se indican a continuación (Alameda et. al., 2002)

3.3.3.1 Atención sanitaria

Consiste en realizar la evaluación y tratamiento del proceso de abandono del consumo con desintoxicaciones ambulatorias, prescripciones de antagonistas, entre otros. También con otros aspectos sanitarios del paciente vacunas, deterioro de la salud asociado al consumo y otros diagnósticos que puedan dar repuesta del estado fisiológico del rehabilitado (Comas, 2008).

3.3.3.2 Atención psiquiátrica

Se encarga de la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales que tan

frecuentemente acompañan al consumo de sustancias psicoactivas y que necesiten el manejo especializado de medicación que hay que prescribir al paciente, bien por la patología mental previa o inducida por el uso de las sustancias, o bien por la complejidad de la interacción de los fármacos utilizados como apoyo al abandono del consumo con los prescritos para el trastorno mental (Ries, 1992).

3.3.3.3 Atención psicológica

Incluye todo lo concerniente a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los procesos y fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso adictivo, así como del asesoramiento y orientación de los comportamientos de los familiares, parejas o personas que convivan con el paciente (incluido el personal de los recursos residenciales). El tratamiento que realiza el psicólogo clínico en un tratamiento ambulatorio puede materializarse en sesiones individuales o de grupo (Ries, 1992).

3.3.3.4 Atención social

Los problemas de tipo social, económico y legal que suelen acarrear la drogodependencia son evaluados por los trabajadores sociales del tratamiento ambulatorio, quienes posteriormente realizan la intervención en los mismos, en algunos casos orientando y facilitando las gestiones a realizar por el paciente, y en otros realizándolas ellos mismos (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005)

3.3.3.5 Rehabilitación funcional y reinserción social

En este programa participan todos los profesionales del tratamiento ambulatorio en mayor o menor medida, dependiendo de las características del paciente, pero habitualmente los educadores y los trabajadores sociales tienen actuaciones más intensas, especialmente en las áreas de gestión del tiempo, del dinero y en el área laboral (Arenas et. al., 2002)

3.3.4 Tratamiento residencial

Por un lado se trabaja con Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. Estas son dispositivos asistenciales sanitarios dentro de un servicio hospitalario, habitualmente ubicados en Salud Mental o Psiquiatría, aunque en algunos casos pueden pertenecer a Medicina Interna. En ellos se realizan ingresos, de carácter voluntario y programado, que tienen como objetivo general la realización de tratamientos de desintoxicación

(Arenas et. al., 2002)

Dicha intervención ha de enmarcarse dentro de un plan terapéutico individualizado y, por tanto, ha de programarse desde los tratamientos ambulatorios, dispositivos que constituyen el eje central de toda intervención y a donde ha de regresar el paciente tras el alta hospitalaria, que suele producirse tras una estancia breve (10-15 días) (Arenas et. al., 2002)

La desintoxicación en el ámbito hospitalario se valorará cuando las condiciones del usuario y de su contexto dificulten de forma significativa su realización de forma ambulatoria. Así, la existencia de fracasos repetidos, un importante desarraigo familiar, un ambiente familiar y/o social de elevado riesgo y la coexistencia de trastornos orgánicos o psicopatológicos relevantes para la desintoxicación, son factores que pueden aconsejar el ingreso en este dispositivo (Arenas et. al., 2002)

Por otro lado, las comunidades terapéuticas también ofrecen formas de tratamiento residencial. Estos centros de carácter residencial, las cuales tienen por objetivo la deshabituación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado (Arenas et. al., 2002)

Este dispositivo está dirigido a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulta de forma notable el desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en el ámbito ambulatorio (Arenas et. al., 2002)

Hay que señalar que se requiere un elevado grado de motivación por parte del usuario, debido a la amplitud y profundidad del cambio planteado, dirigido no sólo al abandono del consumo de sustancias, sino a la modificación de un estilo de vida a través de las experiencias que proporciona el contexto interpersonal de la propia comunidad terapéutica. La prevención de recaídas será un punto fundamental a trabajar, de cara al mantenimiento del cambio una vez el sujeto regrese a su medio habitual (Arenas et. al., 2002)

Siguiendo a Comas (2008) podemos señalar como rasgos fundamentales de las comunidades terapéuticas los siguientes:

- Son centros de carácter residencial, con atención las 24 horas y presencia continua del equipo de profesionales.
- El tiempo de estancia es limitado, en función de acuerdos establecidos previamente o de la evolución del paciente.
- El ingreso en el dispositivo es voluntario, aunque en ocasiones puede haber usuarios sujetos a medidas judiciales (menores, tratamientos alternativos u obligatorios a personas con trastorno mental).
- Presencia de un equipo multidisciplinar: psicólogos, trabajadores sociales, educadores, médicos, etc.

Se pretende que la vida cotidiana en la comunidad terapéutica, así como las dinámicas de la misma, se constituyan en un entrenamiento para el regreso al medio habitual. A este objetivo responde la existencia de unas normas que los residentes han de asumir previamente a su entrada en el dispositivo, y que han de cumplir a lo largo de toda la estancia (Comas, 2008)

- El papel del aprendizaje social se combina con distintos procedimientos terapéuticos individuales y grupales.
- El objetivo de toda intervención debe ser ayudar a la persona a desarrollar un proyecto y un estilo de vida alternativo, que minimice sus dificultades y facilite su adaptación a un ambiente social normalizado.
- La comunidad terapéutica no pretende ser una institución total, que resuelva todos los problemas de los residentes, sino que promoverá su independencia, a través de los recursos propios de la comunidad social.
- Como en el resto de las intervenciones en adicciones, ha de primar el principio de continuidad terapéutica, decidiéndose y programándose el ingreso en comunidad desde los centros ambulatorios (CAD), a los que regresará el paciente tras el alta del dispositivo que nos ocupa.

3.3.5 Nivel Intervención mínima

En este nivel situamos una serie de recursos cuya función es minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas, así como llevar a cabo una vigilancia sobre enfermedades emergentes en la población drogodependiente que no desea comenzar un tratamiento. Estos objetivos se persiguen a través de actuaciones

sanitarias y sociales variadas, que abarcan desde la provisión de lugares donde pernoctar y estar protegido de las inclemencias del tiempo, hasta la facilitación de prácticas de inyección más seguras en adictos por vía parenteral, o cuidados sanitarios básicos (Alameda et. al., 2002)

En todos estos recursos se busca, además de la reducción del daño, la captación del drogodependiente hacia los dispositivos de tratamiento. Aunque pueden variar de unas comunidades a otras, se van a citar aquí los que han parecido más significativos: Centros de emergencia, Narcosalas, que son dispositivos dirigidos a la población de adictos por vía parenteral que no desean acudir a los centros asistenciales y recursos móviles de atención en núcleos de consumo (Alameda et. al., 2002)

3.3.6 Rehabilitación de drogas en población vulnerable

La mayoría de los estudios, investigaciones y tratamientos profesionales especializados en las adicciones, convergen en definir la adicción como un fenómeno multicausal que surge de la interacción de tres esferas: la biológica, psicológica y social, así como las fallas estructurales singulares de cada paciente en cada una de ellas. Por tal motivo, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social deben ir orientadas a abordar las tres esferas anteriormente señaladas, sin embargo, la mayoría de los tratamientos privilegian la medicalización o en el mejor de los casos la medicalización y el tratamiento psicológico dejando en un lugar secundario al área social (Alameda et. al., 2002)

Uno de los factores que hace compleja la atención a los pacientes con adicción a drogas es la variedad de situaciones vitales a las que les ha llevado su consumo. No es posible establecer de la misma forma una adherencia al tratamiento con un paciente en situación de calle que con otro que todavía conserva su trabajo, su domicilio y sus relaciones familiares. Tanto su entrada en el sistema de atención, como el tratamiento y el objetivo terapéutico van a ser distintos en los dos casos (Alameda et. al., 2002)

3.3.7 Grupos de apoyo espiritual en el proceso de rehabilitación

Los grupos de autoayuda son una referencia elemental en el ámbito de la rehabilitación en personas con algún tipo de adicción, desde el punto de vista sociológico Katz y Bender (Rosovsky, 2009), lo definen de la siguiente forma:

Según Rosovsky (2009), Organizaciones con estructuras pequeñas y voluntarias creadas para ejercitar la ayuda mutua y el logro de propósitos específicos.

Generalmente están integradas por pares, que se unen para brindarse asistencia mutua con el fin de satisfacer una necesidad común o un problema disruptivo en sus vidas. Enfatizan las interacciones sociales cara a cara y refuerzan la responsabilidad personal de sus miembros. (p.18)

Así mismo, la autoayuda implica asumir la responsabilidad personal en el cuidado de uno/a mismo/a y en las acciones y decisiones que hacemos para responder a las situaciones de la vida. Simultáneamente podemos ayudarnos unos a otros de forma recíproca e igualitaria, lo que serían procesos de ayuda mutua (Domenech, 1998).

Por lo que se refiere al modelo de tratamiento de Doce pasos emerge en el año 1935 como parte del programa de Alcohólicos Anónimos, cuando uno de sus fundadores, Bill, luego de haber estado en distintos programas terapéuticos de atención al alcoholismo, comienza a idear la adicción como una “enfermedad” incurable, que afecta tanto a las emociones, el espíritu y el cuerpo. Bill encuentra que para permanecer sobrio es relevante compartir con otros la experiencia de enfermedad a través del habla, y la necesidad de reparar los errores cometidos durante la misma (Lorenzo 2012).

Por otro lado, las personas que buscan ayuda a través de la religión, generalmente lo hace identificándose con pares que sufren los mismos problemas o similares experiencias, y en donde encuentran una respuesta a través de un colectivo, que representan la realidad vivida de una misma forma a través de intereses mutuos, construyendo una realidad desde donde encuentran salida a los problemas que están viviendo y elaborando un proyecto en común, a través de una misma ideología (Díaz y Rocco, 2007)

Es por esto que en muchas oportunidades la necesidad de un cuerpo de creencias toma un altísimo grado de importancia para enmarcar el proceso de rehabilitación en personas adictas. Las iglesias fundamentalistas, es decir, aquellas que profesan religiones con mandamientos, hábitos, ofrecimientos y penitencias se configuran como ideales para ser adoptadas por personas en situación de rehabilitación por uso y abuso de sustancias (Díaz y Rocco, 2007)

3.3.7.1 Narcóticos Anónimos

De esta organización se derivan otras confraternidades que tienen como objetivo vivir sin adicciones, como es el caso de Narcóticos Anónimos, su propósito es la vida sin consumo y llevar el mensaje a otros adictos que lo necesitan a través de reuniones

semanales que se llevan a cabo. En dichas reuniones se habla y se transmiten las vivencias y experiencias de otros adictos en recuperación. (Anónimos, N. 1991).

Para esta organización la adicción es entendido como:

“La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual que afecta a todos los aspectos de nuestra vida. El aspecto físico de nuestra enfermedad es el consumo compulsivo de drogas: la incapacidad de parar de consumir una vez que hemos empezado. El aspecto mental es la obsesión o el deseo abrumador de consumir aunque estemos destrozando nuestra vida. La parte espiritual es nuestro egocentrismo total. Se trata de una enfermedad progresiva, incurable y mortal” (Anónimos, N. 1991). (Citado en Lorenzo, 2012, pp. 4).

3.3.7.2 Alcohólicos Anónimos

Para Rosovsky (2009) este programa de recuperación de los doce pasos se define la mirada del mundo, sustituyendo la adicción habitual a las drogas y el contexto social vinculado con tales prácticas, por una entidad terapéutica grupal total.

Esto se relaciona con la investigación que realizaron Gutiérrez, Andrade, Jiménez y Juárez (2007), en la cual buscaban identificar en qué medida la práctica de los 12 pasos y la experiencia espiritual influyen en el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos anónimos.

Uno de los hallazgos fue que la dimensión espiritual en los consumidores es una fuente protectora que favorece al proceso de tratamiento, funcionando como un ente mediador que proporciona largos periodos de abstinencia en integrantes de alcohólicos anónimos debido a la aceptación de una fuerza espiritual procedente de un poder superior para la recuperación, visto como una experiencia de transformación como resultado de la práctica de los 12 pasos.

De acuerdo a Díaz (2012) la espiritualidad es entendida como la experiencia interna del ser humano que se evidencia a través de 4 dimensiones: la autoconciencia (conexión con el yo interno, la forma de pensar y sentimientos), prácticas espirituales (acciones que ponen de manifiesto la espiritualidad como meditar, orar, cuidar la naturaleza, entre otros), creencias espirituales (importancia de la espiritualidad en la vida) y necesidades espirituales (implican seguir un propósito en la vida basado en el perdón, amor y vínculos con otros).

Finalmente Navas y Villegas (2006) señalan que la espiritualidad puede convertirse en una fuente de fortaleza que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden influir en la salud.

3.3.7.3 Creencias Religiosas

El siguiente punto tiene relación con este trabajo de investigación, ya que las creencias religiosas estuvieron presente en los cuatro participantes, antes, durante y después de haber estado en situación de calle, influyendo en su conducta y pensamiento al momento de lograr su rehabilitación y la reinserción laboral.

Ahora bien, son diversas las creencias religiosas que se han dado a lo largo de la historia e igualmente son muchas las que hoy conviven en el mundo. En principio es posible considerar la religión de acuerdo a la Real Academia Española. (2001), como: el “conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto”.

La asunción de una religión está determinada por múltiples razones, una de las más frecuentes, el seguimiento de la tradición familiar o de la comunidad en la que se vive y que se corresponde al aprendizaje social (Bandura, 1964)

Desde el punto de vista antropológico y social acerca de la religión, Geertz, (1989) la define como: La religión es un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único.

3.3.7.4 Creencias Religiosas en Venezuela

En un estudio del programa Latinoamericano de estudios socio religiosos de Holland (2010) indica que en el caso la religión en Venezuela, algunos de los que se hacen llamar católicos romanos también son practicantes en sectas espiritistas, tales como el Culto de María Lionza y Santería, que según se reporta está en crecimiento en Venezuela desde que llegó al poder el Presidente Hugo Chávez en 1999.

Chávez aumentó su popularidad entre las masas al usar imágenes religiosas

mágicas en sus discursos públicos, llamando la atención de la práctica del “catolicismo popular”, combinación de la Iglesia Católica Romana, creencias y prácticas amerindias y afro caribeñas (Holland, 2010)

Las religiones proponen soluciones a los problemas de sus creyentes, entre otras cosas las enfermedades y otros aspectos relacionados con salud. Distintos autores que hablan acerca de cómo surge esta relación entre salud y religión es (Koenig, 2001) y Ríos y García-Fernández (2000) coinciden que la religión en el ámbito de la salud puede favorecer por:

- Las conductas saludables impuestas a los creyentes.
- Los diferentes efectos psicológicos que fomenta la religión en sus seguidores, entre los que aluden al apoyo social, entre otros.
- Pargament (1997) establece las distintas estrategias de afrontamiento activo para superar los problemas de la existencia, puesto que le permiten al individuo:
- Buscar significado existencial para ciertas situaciones estresantes de la vida.
- Construir o reconstruir los eventos o problemas de la vida en términos de significado.
- Aportar un sistema de orientación existencial a los procesos de afrontamiento.
- Trasladar el sistema de orientación en métodos específicos de afrontamiento.
- Buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de conservación y transformación de significado de los acontecimientos vitales.
- Tratar de solucionar los problemas mediante diversas formas que son convincentes para ellos.
- Resolver los problemas a través de mecanismos que están insertados en su sistema cultural. (citado González Valdés, T. L. (2004)

En resumen, las personas con algún tipo de enfermedad recurren a la fe, recurren a sus creencias religiosas, a sus prácticas espirituales, recurren a adoptar un estilo de vida distinto bajo ciertos hábitos que promueven su recuperación espiritual.

3.3.8 Centros de Rehabilitación

A continuación se hará una breve descripción de los centros de rehabilitación a los que asistieron los cuatro participantes clave de esta investigación:

3.3.8.1 Centro de rehabilitación Hogares Crea

Es una organización sin fines de lucro, no gubernamental. Fue fundada por el Padre José María Rivolta Chávez en el año 1970, su sede principal está ubicada en el Edo. Carabobo. En su página oficial reportan que están conformados por diez centros de inducción y trece comunidades terapéuticas a nivel nacional.

El Modelo que Hogares Crea ha elegido para abordar el problema de la dependencia es el biopsicosocial y espiritual, el cual se divide en las siguientes fases: conocimiento interno, dominio e independencia e Interdependencia y por último la reinserción Social.

El objetivo principal de Hogares Crea es facilitar a toda persona que libremente lo solicite, herramientas terapéuticas que necesita para ser protagonista de su propia transformación, en un régimen de tratamiento interno e intensivo. Este centro de rehabilitación cuenta con dos tipos de tratamiento que posterior a una inducción y una evaluación psicosocial del adicto, se establece que tipo de tratamiento seguir, si es interno o ambulatorio.

De acuerdo al directorio del Sistema Público Nacional de Tratamiento de las Adicciones, para el año 2012 Hogares Crea contaba con doce comunidades terapéuticas socialistas.

3.3.8.2 Hospital Psiquiátrico de Caracas- Lídice

El hospital psiquiátrico Jesús Yarenas conocido como el Lidice, ubicado en el oeste de la ciudad, fue fundado el 17 de septiembre de 1892, desde entonces este centro realiza terapias ocupacionales a pacientes con problemas mentales. El servicio 4 de este hospital tiene como responsabilidad la consulta ambulatoria de la Unidad de Atención al Farmacodependiente (UDAF), el tratamiento al farmacodependiente en la UDAF dura 2 años. Comienza con una evaluación médica y psicosocial del paciente; dependiendo de los resultados se le remite a consulta ambulatoria o a la comunidad terapéutica que funciona en el hospital. Allí permanece un máximo de 9 meses, que es el tiempo estimado para desintoxicar al paciente, incorporarlo a un sistema normativo y creación de nuevos hábitos, para luego pasar a la fase de reincorporación social.

Tanto para los pacientes ambulatorios como para los residentes de la comunidad terapéutica se incluye a la familia en el tratamiento. Todos, a su vez, están apoyados

por un personal multidisciplinario de psiquiatras, toxicólogos, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y pacientes rehabilitados.

3.3.8.3 Centros de Rehabilitación adscritos al Viceministerio para la Suprema Felicidad Social del Pueblo

3.3.8.3.1 Misión Negra Hipólita

El 25 de septiembre de 2007, se autoriza la creación de la Fundación Misión Negra Hipólita mediante el Decreto N° 5616, publicado en la Gaceta Oficial N° 38.776, en el artículo 1, siendo efectiva su creación a través de su Acta Constitutiva publicada en la Gaceta Oficial N° 38.829, de fecha 11 de diciembre de 2007, en la cláusula primera. Su misión es responder a la problemática de:

Todos los niños, niñas y adolescentes, inclusive aquellos que se encuentran comprendidos en situación de calle [que requieren protección]...y los adultos, adolescentes embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de pobreza extrema al igual que sus familiares de origen (Gaceta Oficial N° 38.776, decreto N° 5.616 del 25/09/07).

Sus centros de atención están distribuidos a todo el territorio nacional, con el objeto de otorgar mejor calidad de vida y ofrecer oportunidades de recuperación a todo aquel venezolano y venezolana que se encuentre en situación de calle. Según cuenta con las siguientes unidades:

- Centros de Atención Inicial (CAI): “Es la etapa en la que el ciudadano o ciudadana es trasladado a la unidad de atención inicial que le corresponda de acuerdo con su localidad, con el objeto de hacer una evaluación inicial de su situación y comenzar el programa de recuperación y reinserción social”. (Fundación Negra Hipólita, 2007).
- Comunidades Terapéuticas Socialistas (CTS): Descritas según el sitio web oficial del programa “son ambientes seguros y estables en donde se ofrece residencia temporal cerrada, alimentación balanceada, servicios básicos de salud, apoyo terapéutico y actividades sociales, formativas y recreativas”. (Fundación Negra Hipólita, 2007).
- Centros Especializados de Prevención y atención Integral (CEPAI): “Es un espacio en el cual se desarrollan prácticas basadas en el modelo de atención

integral comunitario y biopsicosocial especializado en adicciones, de tipo humanista y holístico, dirigido al mantenimiento de la abstinencia; a través del rescate y fortalecimiento de las potencialidades en adultas y adultos dependientes con patrón de consumo ocasional o habitual, para que desarrollen su proyecto de vida ejerciendo roles activos como actores y constructores de la nueva sociedad socialista, donde impere la justicia y la equidad”. (Fundación Negra Hipólita, 2007)

- Centros de Orientación Familiar (COF): “En este centro se prioriza el abordaje socio productivo. Esta fase va enfocada en la integración laboral del ciudadano o ciudadana, acompañados de terapias ocupacionales y de familias, bajo esquemas sociales que le permitirán su reinserción en la sociedad”. (Fundación Negra Hipólita, 2007)

Como datos oficiales en su sitio web, indican que para el año 2012 tenían 39 centros de atención, logrando atender a 6.616 ciudadanos en situación de calle, desde esa fecha no se dispone de datos de consulta pública, al menos de manera oficial. El INE realizó un informe acerca de las misiones de protección social en Enero del año 2013, donde reportaron que la Misión Negra Hipólita contaba para ese entonces con 39 centros.

En la misma línea lo indica el directorio del Sistema Público Nacional de Tratamiento de las Adicciones que reportan para el año 2012 la fundación Negra Hipólita estaba conformada por 14 centros de orientación familiar (COF), un centro especializado de prevención y atención integral (CEPAI), y 24 comunidades terapéuticas socialista (CTS).

Los participantes claves de esta investigación, indican que estas cifras distan de la realidad actual, que se han cerrado varios centros a nivel nacional por falta de mantenimiento o recursos adecuados, por lo tanto se desconocen estadísticas oficiales al respecto.

3.3.8.3.2 Centro de Rehabilitación Integral Okeima

De acuerdo a Tomedes, J. (2008). “La Comunidad Terapéutica Socialista OKEIMA, está ubicada en el km 23 del Junquito, Sector La Encantada, parroquia El Junquito, Edo. Vargas. Fue inaugurada el 15 de Junio del 2008, por el presidente Hugo Chávez, durante la transmisión del programa dominical “Aló Presidente” N. 313, con la

finalidad de prestar tratamiento de rehabilitación al uso, abuso y dependencia de sustancias lícitas e ilícitas así como atención integral a nivel multidisciplinario a aquellos ciudadanos en situación de calle, víctimas de una historia de exclusión, rechazo social y una serie de factores y causas que afectan su vida emocional, mental, social y familiar”.

3.3.8.3.3 Fundación José Félix Ribas

La Fundación José Félix Ribas desarrolla diversos programas de prevención y atención integral para todas aquellas personas con problemas de adicciones a sustancias estupefacientes.

“Fue fundada según decreto presidencial el 20 de Noviembre de 1986, adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Su misión es planificar y ejecutar planes, programas y proyectos en las áreas de prevención, tratamiento, reinserción social, seguimiento, investigación y capacitación, que benefician a las personas en riesgo y/o en consumo de drogas lícitas e ilícitas y adicciones, actualmente bajo la rectoría de la Suprema Felicidad del Pueblo Secretaria y Gestión de Gobierno de la presidencia”. Fundación José Félix Ribas (2012).

3.4 Trabajo

Existen diversas definiciones acerca del significado del trabajo y es difícil encontrar un consenso entre ellas, en parte de se debe a su carácter multidimensional como la economía, los factores sociales, políticos y personales.

El trabajo es una construcción social, producto de las articulaciones que en colectivo se le han atribuido, con un significado que pasa de generación en generación perpetuándose mediante los procesos de socialización, junto con los patrones de comportamiento desplegados en torno a él como elemento en la vida del hombre en general, así como en el rol que ejerce en la vida de cada persona, haciéndose presente dentro del devenir humano en diferentes perspectivas de acuerdo a etapas en el ciclo vital de la persona (Marín, Marrau y Luquez, 2002).

Como variable psicológica, podemos definir el trabajo como un complejo de conductas orientadas a la consecución de diversas metas u objetivos como la remuneración en dinero o bienes, pueden tener valor en sí mismos. Esta definición propuesta por Kanungo (1979) subraya que la tendencia de toda conducta humana,

incluyendo las laborales, tiende a ser propositiva e instrumental para la obtención de resultados o metas y para la satisfacción de necesidades.

En la misma línea, Peiró (1987) define el trabajo como un conjunto de actividades retribuidas o no, con carácter productivo y creativo, que permiten obtener, producir o prestar determinados bienes, productos o servicios, mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones, de tal manera que quien las ejerce ha de aportar energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos, a cambio de algún tipo de compensación material, psicológica y/o social.

La noción del trabajo se puede construir desde un plano abstracto, como objeto ideal la acción humana que posibilita el dominio sobre el entorno natural. Es una forma de distinción de los humanos sobre otras especies, es símbolo de su esfuerzo y su capacidad creativa. También puede construirse desde un plano intencional donde el trabajo edifica el entorno en el cual el sujeto puede vivir, pero más allá de esto, en el cual le es posible vivir de acuerdo con sus capacidades y expectativas. El trabajo y la percepción que se tiene de él se construyen socialmente y esto le da una cualidad heterogénea (Adleson y Camarena 1991).

El trabajo es una de las actividades más importantes para el ser humano, respondiendo a vitales necesidades de subsistencia, de sociabilidad y de expresión personal, llena de funciones mayores; económica, social, psicológica. De ahí proviene su carácter permanente, bajo sus más diversas y continuamente cambiantes formas: trabajo manual o intelectual, obligatorio o espontáneo, interesado o gratuito. (Jaccard, 1967)

3.4.1 Sentido del Trabajo

Habiendo establecido ya el significado del trabajo en el nivel más general, se establece por consiguiente el sentido del trabajo en una relación individuo-colectividad.

3.4.1.2 Centralidad del Trabajo

Conceptualmente, la Centralidad del trabajo consiste en la medida en que el trabajo como actividad, como entorno conductual en general (Dubin, 1976) forma parte del auto-concepto del individuo; se trata de una creencia normativa sobre el valor del trabajo en la vida, que depende del proceso de socialización del individuo. Este concepto puede verse como un estado cognitivo o creencias de identificación psicológica, que también se construye desde las necesidades del individuo, y de las

percepciones que éste tiene sobre las potencialidades de satisfacción que tiene el trabajo (Kanungo, 1982).

3.4.1.3 Creencias Normativas sobre el Trabajo

Esta segunda dimensión del significado del trabajo consiste en dos dimensiones, relativas a los derechos y a los deberes laborales respectivamente. Pueden considerarse como expectativas sociales frente a las cuales se juzga el trabajo y sus recompensas (Ruiz Quintanilla y Wilpert, 1988).

3.4.1.4 Motivos Laborales

Este último grupo de variables integrantes del significado del trabajo se refiere, en general, a las funciones percibidas del trabajo, a lo que se espera de él, a las expectativas específicas o preferencias respecto de diferentes características del trabajo que hacen que un puesto de trabajo sea bueno o malo (Jurgensen, 1978). Esta dimensión incluye dos tipos de variables, los resultados valorados del trabajo y las metas laborales. (Ruiz Quintanilla y Wilpert, 1988),

La primera variable hace referencia a los resultados valorados del trabajo, definidos como el conjunto de razones básicas por las que trabaja la gente o los estados finales que las personas desean y sienten que deben ser capaces de conseguir a través del trabajo o valores laborales terminales (Rokeach, 1979).

Las metas laborales hacen referencia a la segunda variable y consisten en las expectativas sobre las características del trabajo concreto, del puesto de trabajo, esperadas o preferidas por los individuos (Díaz Vilela, 1994). Tendrían que ver con la definición de valores laborales que proponen Pine e Innis (1987), necesidades y prioridades individuales y las consecuentes disposiciones personales y orientaciones hacia los roles laborales que tienen la capacidad percibida de satisfacer aquellas necesidades y prioridades.

3.4.2 Satisfacción Laboral

Para introducir este tópico, citaremos a Locke (1976) quien expresa que la satisfacción laboral “es un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”. En otras palabras es el bienestar que experimenta el trabajador en relación con su trabajo.

Ese bienestar que produce la satisfacción en el trabajo, lo explica (Weinert, 1985):

“En este caso las reacciones y sentimientos del colaborador que trabaja en la organización frente a su situación laboral se consideran, por lo general, como actitudes. Sus aspectos afectivos y cognitivos, así como sus disposiciones de conducta frente al trabajo, al entorno laboral, a los colaboradores, a los superiores y al conjunto de la organización son los que despiertan mayor interés (la satisfacción en el trabajo como reacciones, sensaciones y sentimientos de un miembro de la organización frente a su trabajo)” (p, 298)

Vale destacar de acuerdo a Sáenz (2013) que “el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores exclusivamente organizacionales, sino que depende en buena medida de las actividades, las interacciones, la motivación y otra serie de experiencias que cada miembro aporte a la empresa”. (p.194)

3.4.3 Funciones Positivas del trabajo

Ahora bien, al hablar del sentido del trabajo, es importante mencionar cuáles son esas funciones que psicosocialmente influyen de manera positiva en las personas. El siguiente listado fue propuesto por Salanova y sus colaboradores (Peiró, Prieto, Bravo, Ripoll, Rodríguez, Hontangas y Salanova, 1993), este listado fue citado y adaptado en (Alcover 2012, p.17). Estas funciones son:

Tabla 7.

Funciones Positivas del Trabajo

Función del Trabajo	Implicaciones para la vida personal
	Da Sentido.
Integrativa o significativa	Permite a los individuos realizarse personalmente.
	Reconocimiento.
Estatus y prestigio social	Respeto de parte de otros.
Identidad personal	Desarrollo de nuestra identidad.
	Independencia económica.
Económica	Posibilidad de elegir el ocio y las actividades del tiempo libre.
	Contactos Sociales.
Oportunidades para la interacción	Aspectos emocionales enriquecedores.
Estructurar el tiempo	Marco de referencia temporal útil para la vida.

Actividad más o menos obligatoria	Marco de Referencia útil de actividad regular, obligatorias y con propósito.
Oportunidad para desarrollar habilidades y destrezas	Disponibles con anterioridad y mejoradas con la practica o adquiridas expresamente para obtener y conservar el trabajo.
	Papel socializador clave.
Transmisión de normas, valores, creencias	Integración en un grupo social de referencia.
Poder y control	Sobre personas, datos y procesos.
Bienestar	Cuando se dispone de un trabajo en condiciones físicas adecuadas, con seguridad en el empleo y un horario adecuado.

(Alcover, 2012, cap. I.p17.)

3.4.4 Tipos de Actividad Laboral

3.4.4.1 Trabajo Formal

Ardila (1991) resalta que existen diferentes condiciones laborales, siendo la más frecuente en contextos económicamente estables la condición de “empleo formal”, la cual establece un contrato que supone un conjunto de deberes y derechos que garantizan seguridad social, salud y un salario fijo.

Dentro del campo del trabajo formal, la OIT (1999) ha definido entre sus temas de orientación doctrinaria y de política prioritaria el trabajo decente; como aquel realizado bajo condiciones humanas de seguridad físico-ambiental, protección bajo enfermedad, previsión, derecho al descanso, etcétera.

3.4.4.2 Trabajo Informal

Referente al trabajo informal (Tokman, 2004) agrupa a aquellas personas que, aunque están ocupadas, reciben un ingreso insuficiente y variable por actividades de baja productividad, el cual además no supone el establecimiento de un contrato formal.

Se trata de personas que por motivos variados tales como falta de educación y capacitación, segregación social racial o provocada por limitaciones físicas, o tal vez por la sencilla razón de que disponen de un empleo ‘formal’ mal remunerado, buscan aumentar su ingreso por la vía informal (Yunus, 2000).

Algunas de las motivaciones para desempeñarse en el trabajo informal son la falta de oportunidades en el área de especialización o de estudio, la falta de confianza en las instituciones gubernamentales o públicas, el excesivo número de trámites para formalizar el trabajo cuando este tiene la posibilidad de ser legalizado (de Soto, 1987) o la alternativa del “dinero fácil”, como es el caso de los traficantes de drogas (Ocasio, 2005).

3.4.4.3 Sub empleo

Ahora bien, García, Uribe y Ortiz (2008) plantean que el subempleo capta la baja calidad del empleo desde la visión de la oferta de trabajo (el subempleo agrupa a los trabajadores que se sienten de alguna forma insatisfechos con su empleo).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (Dane, 2005) considera dos tipos de subempleo: subempleo visible e invisible. El primero corresponde a los trabajadores cuya jornada laboral es menor de la que quisieran tener (insatisfacción con la jornada laboral); y el subempleo invisible corresponde a los trabajadores que ganan menos de lo que esperan (insatisfacción con el ingreso), o se desempeñan en actividades para las cuales están sobre calificados (insatisfacción por competencias).

En cuanto al sub empleo, Neffa (2003) añade una clasificación:

Subempleo en materia de calificaciones: ciertas actividades que requieren una capacitación sensiblemente inferior a la del trabajador que ocupa dicho puesto de trabajo, por lo común profesionales jóvenes al iniciarse en la vida activa, que trabajan como simples empleados de ejecución, etc.

Subempleo desde el punto de vista de los ingresos: personas que a falta de otras oportunidades, de manera voluntaria o involuntaria, aceptan puestos de trabajo con baja productividad; los bajos ingresos responden a una estrategia de sobrevivencia y de escapar al desempleo.

3.4.4.4 Empleo Precario

Rodgers (1989) Aborda el concepto de precariedad, interpretando que implica inestabilidad, falta de protección, inseguridad y vulnerabilidad social y económica y que es algún tipo de combinación de estos factores lo que identifica el empleo precario, siendo sus límites inevitablemente arbitrarios hasta cierto punto.

El termino precariedad proviene de la época de los años 80 y es de origen europeo. La OIT (Organización Internacional del Trabajo), lo comprende a través de cinco dimensiones básicas con el pasar de los años (Antunes, 1995):

Discontinuidad temporal: Empleos a corto plazo, a tiempo determinado, desempleo intermitente, frecuente, no previsible y contingente.

Incapacidad de control: Bajo o nulo poder contractual por parte del trabajador flexible, disponibilidad permanente y abusiva, alta incertidumbre de la renovación contractual, arbitrariedad decisional de la patronal, economía sumergida o informal, subempleo o falta de cualquier tipo de formalización legal de la relación de trabajo.

Difíciles condiciones de trabajo: Elevada rutina para tareas de baja calificación, insuficiente formación, alto riesgo de accidentes laborales, mucho estrés físico y mental, dependencia formal, discrecionalidad empresarial y desregulación, discriminación de género, explotación de los trabajadores inmigrantes.

Falta de tutelas sociales y ningún respecto de derechos sindicales: Ningún derecho a las cotizaciones de jubilación, insuficiente cobertura medico sanitaria, trabajo festivo y dominical, trato arbitrario por períodos de maternidad o motivos de estudio, etc.

Salarios extremadamente inconsistentes: Salarios muy bajos, inadecuados por la calidad y la cantidad de las tareas cumplidas, ningún tipo de premio de producción, acentuada irregularidad e imprevisibilidad de los pagos.

3.4.5 Fuerza de Trabajo en Venezuela

La última encuesta oficial realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas en (Marzo-Abril) del 2016 sobre la situación en la fuerza de trabajo en Venezuela, cuyos objetivos principales fueron; determinar las características socioeconómicas y socio demográficas de la fuerza de trabajo y obtener elementos de análisis necesarios para diagnosticar desequilibrios entre la oferta y la demanda de los puestos de trabajo que se registran en el mercado laboral, en términos de las características económicas, sociales y demográficas de la población. Los resultados fueron los siguientes:

La población inactiva: En Abril de 2016 fue de 8.396.288 personas (37,3%) de la población en edad de trabajar, mientras que en Marzo de 2016 fue de 8.373.744 personas (37,2%), lo que indica un aumento de 22.544 personas.

La población ocupada: En Abril de 2016 fue de 13.089.081 personas (92.7%) que

al ser comparado con Marzo de 2016 cuando fue de 13.127.644 personas (92,9%), refleja una disminución de 38.563 personas.

La población desocupada: En Abril de 2016 fue de 1.035.238 personas (7,3%), mientras que en Marzo de 2016 fue de 1.000.943 personas (7,1%), lo que refleja un incremento de 34.295 personas.

En el sector formal el total de ocupados: En Abril de 2016 fue de 7.899.160 personas (60,3%), mientras que en Marzo de 2016, fue de 7.563.771 (57,6%), lo que refleja un aumento de 335.389 personas.

En el sector informal el total de ocupados: En Abril de 2016 fue de 5.189.921 personas (39,7%) lo que comparada con Marzo de 2016, que fue igual a 5.563.873 personas (42,4%), indica una disminución en cifras absolutas de 373.952 personas.

3.4.6 Reinserción.

Históricamente, las primeras nociones sobre reinserción emanan de documentos a finales del siglo VXIII, cuando, a la par de los procesos de industrialización, la prisión se convierte en una institución de castigo y sanción penal (Foucault, 1990). Es en esta época cuando empiezan las preocupaciones respecto de qué hacer con las personas privadas de libertad, la mayoría de clase baja, y por tanto, desfavorecida, desprotegida y vulnerable, en términos humanitarios y respecto del riesgo que representaban para la sociedad y para el orden y la seguridad de no ser rehabilitados y reinsertos en la sociedad sin ser considerados como una amenaza (Garland, 1985 y Vanstone, 2004 citados en Villagra 2008).

Por tanto, para ese entonces, uno de los objetivos de la prisión para alcanzar la reinserción consistía en que durante la estancia en la misma la persona privada de libertad continúe manteniendo vínculos con el entorno social, potenciando el vínculo con la comunidad, afirma Ríos, 1995 (citado en Khier 2012).

Actualmente se comprende el término reinserción no solo desde la mirada del qué hacer con el delincuente luego de finalizada la condena y sino que enfatiza metodologías que permitan la incorporación o reincorporación de conocimientos, procedimientos, valores y habilidades como estrategias para desenvolvimiento en la cotidianidad de la población penitenciaria o socialmente considerada en situación de exclusión (Guzmán, 2006).

La inserción social puede entonces entenderse como el proceso de vinculación

con el entorno, tras un periodo de crisis y de exclusión (Nieto, 2001). No obstante, no hay un acuerdo con respecto al término que define mejor este concepto, pues los autores que han escrito sobre el tema utilizan indistintamente las expresiones inserción, reinserción, integración, incorporación, reincorporación o, incluso, recuperación o los aspectos de la reinserción que definen.

Por ejemplo, autores como Aranda (2007) quien desde una visión únicamente penitenciaria afirma que la reinserción tiene como objetivo la recuperación y adaptación del delincuente a las normas existentes en la comunidad. (García, 1999) explica que, el concepto de reinserción social se puede entender de la siguiente manera: la reinserción social significaría la vuelta a la sociedad de la persona presa tras un tiempo privado de libertad. En este tiempo habiendo asimilado nuevos valores y destrezas, gracias al tratamiento penitenciario recibido que le permita vivir pacíficamente en sociedad y respetando la ley. Se supone que este trato asegura que no volverá a delinquir.

En contraposición a estas definiciones focalizadas hacia la situación penitenciaria, autores como Arranz (2010) delimita la reinserción a condiciones tales como la adicción a sustancias, y la define como el conjunto de procesos de socialización y capacitación encaminados al logro de una plena autotomía personal y participación plena en la comunidad. También Ramón (2001) la define como el conjunto de acciones dirigidas a la rehabilitación que promueva un estilo de vida distinto y mejor a quien ha usado, abusado o ha dependido de sustancias psicoactivas para lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

Vale la pena establecer que sea cual sea el término utilizado, esta investigación pretende hacer énfasis en el proceso de reconstitución del vínculo social y laboral de personas que se encontraban en una situación de exclusión en calle producto del consumo de sustancias y desvinculación familiar.

Entonces, se entiende por reinserción social el proceso mediante el cual se pretende recuperar y adaptar a las personas que están o han estado privadas de libertad o al margen de la sociedad por un determinado tiempo, y al margen de las normas de la comunidad. Por tanto se trata del proceso de adaptarse a la sociedad a través del tratamiento de rehabilitación, ya que él mismo, les permite la adquisición de valores normalizados y la pérdida de los hábitos que les han llevado a esa situación, permitiendo a estas personas vivir pacíficamente en la sociedad, respetando la ley y

siendo de utilidad para la sociedad y para ellos mismos, lo que les ayudará a no reincidir (Redondo y Martín, 2014)

3.4.6.1 Reinserción Laboral.

Entre el significado que se le otorga a la reinserción social, uno de los aspectos que determinarán la reintegración o reinserción es que la persona se introduzca y se mantenga en el mercado laboral, y por tanto, en la vida económica (Alonso, 2014).

Generalmente se habla de reinserción laboral “para referirse al proceso de incorporación a la actividad económica de los individuos” como Larrazábal y Morales (2010), que afirman que la inserción laboral consiste en ofrecer un acompañamiento a personas que están en situación de exclusión laboral y social, con el objetivo de incorporarse al mercado de trabajo. La inserción laboral apuesta por la incorporación en el mercado de trabajo, puesto que considera que un trabajo permite a la persona acceder a la esfera económica de la sociedad, lo que facilita el acceso a otro tipo de esferas (social, política, y cultural).

También para autores como Pérez (2011), la inserción laboral hace referencia “al hecho de conseguir un empleo en un momento determinado, es decir, un contrato laboral. La inserción laboral incluye tanto la incorporación de la persona a un puesto de trabajo como el mantenimiento del mismo”. (Citado en Porras y Raúl 2013, p.106).

Generalmente, al utilizar el concepto de inserción laboral, se hace referencia a la obtención de un trabajo no necesariamente relacionado con la preparación o la capacitación de la persona que lo consigue, pudiéndose identificar con la inserción ocupacional. Este concepto estaría en concordancia con lo planteado por Donoso y Figueroa (2007) anteriormente.

Por el contrario, hay autores como Ventura (2005) quien considera que el propio término de reinserción hace referencia a un hecho puntual pero como resultado de un periodo de “transito” o “proceso previo” que se denomina “transición”. Entonces, la reinserción laboral no sería solo la incorporación a la actividad económica, sino se entendería la reinserción laboral como un hecho en sí, es decir, el logro de un trabajo, pero dadas las características del mercado de trabajo, requiere necesariamente de un proceso previo que son un conjunto de acciones que hagan efectiva la reinserción. Estas acciones serían propias del proceso de reinserción social.

Además, se podría añadir un aspecto más al concepto de reinserción laboral; no

se trata solo que población vulnerable logre salir de la situación de desempleo, sino también logre una cierta estabilidad o permanencia en una ocupación de manera que genere autonomía económica. (Donoso y Figueroa, 2007).

El concepto de inserción laboral engloba la totalidad de elementos que potencian el desarrollo laboral de un individuo (Mayor, 2003). Es un concepto muy amplio y a menudo relacionado, de manera exclusiva, con la población socialmente considerada en situación de exclusión.

Todo esto, sin olvidar por supuesto, que el trabajo se ha convertido, en las sociedades occidentales, en el valor fundamental “de inscripción social”, y por ello, en su ausencia, como el factor desencadenante de la desestructuración social (Ribas, 2004).

3.4.6.2 Reinserción Laboral en población vulnerable o excluida.

Específicamente, se orientará la investigación a la inserción laboral en grupos vulnerables como lo son las personas que sufrieron situación de calle.

Según la definición de Rodríguez (2001) quien, con base en varios trabajos de Kaztman, resume que la vulnerabilidad social de este modo: consiste “en el desajuste entre los activos y la estructura de oportunidades, es decir, los activos serían insuficientes, poco pertinentes o difíciles de manejar para aprovechar la estructura de oportunidades existentes”. Mientras los activos pueden consistir en un patrimonio físico, ahorros financieros, capital humano y social, las estructuras de oportunidades son “probabilidades de acceso a bienes, servicios o actividades que inciden sobre el bienestar del hogar porque le facilitan el uso de recursos propios o le suministran recursos nuevos, útiles para la movilidad e integración social a través de los canales existentes.” (Kaztman, 2000: 299, cit. en CEPAL, 2002)

Por otro lado, Castel (1992) define la zona de vulnerabilidad caracterizada por inestabilidad laboral, como precariedad, e intermitencia así como gran fragilidad en los soportes familiares y sociales. También define la zona de exclusión y marginalidad que se hace visible por la ausencia de trabajo y aislamiento social.

La dificultad para encontrar trabajo para la población vulnerable constituida, en parte, por quienes habitan en la calle está caracterizada por de la falta de higiene, estudios incompletos, consumo de sustancias, desvinculación familiar, ruptura de valores para vivir en sociedad y vandalismo. Esta caracterización de la población que

vive en calle describe aspectos que dificultan encontrar un trabajo que les permita salir de esa situación sin antes ser rehabilitados (Fidalgo y Orejas, 2011).

De hecho, autores como Martínez (2000) describe la experiencia laboral de los grupos vulnerables como trayectorias precarias, con cambio continuo de oficio, falta de perspectivas y continuas rotaciones que impiden la acumulación de una experiencia especializada que facilite la inserción laboral plena posterior a la rehabilitación.

Por su parte, la CIE-10, cuyo acrónimo significa “Clasificación internacional de enfermedades” define dentro de los trastornos mentales debido a lesión, disfunción cerebral o somática, el trastorno de comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-F19). La dependencia de narcóticos y alcohol es una característica presente dentro de los grupos vulnerables que habitan en calle, y por tanto se entendería como una discapacidad frente al marco legislativo internacional y nacional.

3.4.7 Marco legislativo Internacional y Nacional de los derechos de población con discapacidad.

La inserción laboral constituye uno de los derechos humanos de vital relevancia, toda vez que su ejercicio garantiza la autonomía socio-económica y desarrollo integral del ser humano, a los fines de la satisfacción de sus necesidades, la plena integración social y la dignificación del individuo (Flores et al., 2014).

En el marco de la legislación internacional, La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue uno de los primeros organismos en reconocer la inserción laboral en su Recomendación sobre la Organización del Empleo en la transición a la Paz en 1944. Establece el derecho de las personas con discapacidad a las oportunidades de trabajo, al establecer de forma inequívoca su derecho “cualesquiera que sea el origen de su invalidez, a disponer de amplias facilidades de orientación profesional especializada, de formación y reeducación profesional y de colocación en un empleo útil” (OIT, 1944).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” en su informe anual sobre la discapacidad emitido en el 2011. La Organización Mundial de La Salud (OMS) reconoce la adicción a sustancias lícitas e ilícitas como una enfermedad discapacitante. Esto quiere decir que la población

vulnerable con dependencia a sustancias es reconocida con una enfermedad que genera discapacidad.

Debido que el estado venezolano forma parte de las Naciones Unidas desde el año 1945, todas las resoluciones que de esta organización emanen exigen a todos los países miembros modificar su legislación en favor de dichas resoluciones.

La legislación venezolana en La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Asamblea Nacional Constituyente, 1999), en la Carta de Derechos, evoca en diversos artículos a las personas con discapacidad.

El desarrollo de éstos derechos encuentra su máxima expresión al ser consagrados en el Título III “De los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes”. Así, en el artículo 19 se dispone la obligación del Estado de garantizar, según los principios de progresividad y sin discriminación alguna, el “goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos” (Asamblea Nacional Constituyente, 1999).

Seguidamente, el artículo 21 enuncia el derecho a la igualdad ante la ley, cuyo numeral primero prohíbe cualquier discriminación “fundada en condiciones de raza, sexo, credo, condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos y libertades de toda persona” (Asamblea Nacional Constituyente, 1999).

En la misma línea, el numeral dos impone un mandato al órgano legislativo para el establecimiento de las condiciones jurídicas y administrativas necesarias para garantizar de forma real y efectiva el derecho consagrado, haciendo especial mención a aquellas personas o grupos susceptibles de ser discriminados, marginados, vulnerables o en alguna circunstancia de debilidad manifiesta.

Así mismo, la constitución Bolivariana de Venezuela reza que “toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. Además, el Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, será el garante del respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias, y promoverá su formación, capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones, de conformidad con la ley. Se les reconoce a las personas sordas o mudas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas

venezolana” (Asamblea Nacional Constituyente, 1999).

Igualmente, La Ley Orgánica del Trabajo para los Trabajadores y Trabajadoras Venezolanos contempla en el Capítulo VIII del Título IV De Las Modalidades Especiales De Condiciones de Trabajo desde el artículo 289 hasta el artículo 292 que “el Estado promoverá, adoptará y desarrollará políticas públicas orientadas al desarrollo de las condiciones de salud, formación integral, transporte, vivienda y calidad de vida para la población con discapacidad cuya finalidad es la de alcanzar la plena inclusión de los trabajadores con discapacidad, incorporándolos al trabajo digno y productivo, en el marco del proceso social de trabajo” (LOTTT, 2012).

Del mismo modo esta ley protege a las personas con discapacidad, bien sea esta congénita, sobrevenida o de cualquier otro hecho o circunstancia que afecte su desarrollo físico, intelectual o que le impida realizar actividades personales o laborales y exige a la empresa pública y privada la incorporación de al menos el cinco por ciento de su nómina total a trabajadores con discapacidad, en labores cónsonas con sus destrezas y habilidades, debiendo recibir en todo caso un trato digno, e insertarse en la entidad de trabajo con las mismas garantías y características de los demás de los trabajadores (LOTTT, 2012).

A su vez, la Ley Orgánica de Drogas (2010) Atribuye como Órgano Rector a la Oficina Nacional Antidrogas en el Título II el deber de organizar, dirigir, controlar, coordinar, fiscalizar y supervisar, en el ámbito nacional, la prevención del consumo de drogas el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de la persona consumidora en coordinación con el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud; el combate al tráfico ilícito de drogas y el área operativa de las relaciones internacionales en la materia. Igualmente; estudiar los problemas derivados del tráfico ilícito de drogas y el desvío de sustancias químicas controladas, así como los problemas originados por el uso indebido y consumo de drogas en la comisión de delitos.

De manera análoga, éste Órgano Rector debe diseñar, planificar, estructurar, formular y ejecutar programas de prevención del consumo de drogas; así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de la persona consumidora.

Es necesario considerar la arista de ideología en esta investigación con relación a las personas entrevistadas, ya que en los centros de rehabilitación y desintoxicación donde fueron asistidos y donde buscan ayudan estas poblaciones vulnerables,

usualmente les ofrecen puntos de vista religiosos, políticos y hasta partidistas en sus programas.

3.5 Ideología

3.5.1 La naturaleza de la ideología

Para empezar de acuerdo a Vilorio (2015):

“El término ideología es uno de los términos cuyo significado es variable e impreciso. Fue usado por primera vez por Destutt de Tracy para referirse a su teoría de la formación de las ideas. Pero quienes le dieron sus connotaciones actuales fueron Marx y Engels, quienes entendieron por “Ideología” un tipo especial de conciencia falsa determinada por las relaciones sociales. No lo aplicaron nunca al conocimiento verdadero, sino solo a una forma de error socialmente condicionada”. (Vilorio, 2015, p.6)

En la actualidad, fuera de la escuela marxista, el concepto es usado también por algunos sociólogos en un sentido semejante al de Marx, refiriéndose a sistemas organizados de creencias irracionales, que cumplen una función de dominio sobre los individuos (Vilorio, 2015).

Este término, surgió durante la Revolución francesa, fue utilizado por primera vez por Destutt de Tracy en 1796 tal como se indicó anteriormente. Y fue a partir de 1804 que publicó un sistema de lógica llamado Elementos de ideología. Este sistema, según García, J. J. (1821) se dividió en tres partes. La primera que es la ideología propiamente dicha, trata de la generación y formación de las ideas, la segunda de la generación, formación y usos de los signos que expresan las ideas, y es una gramática general o filosófica; y la tercera que propiamente la lógica, se ocupa en la deducción de las ideas.

Hay que tener en cuenta que para esta época 1796 y 1797, la ideología era estudiada en el campo filosófico y no político, principalmente por la creación en París del Instituto Nacional de ciencias y artes, donde los hombres más destacados en ciencias y artes francesas debatían acerca de la manera como se forman, se derivan, combinan y expresan las ideas.

Más adelante el termino ideología se traslada al plano político, debido a la vocación social y revolucionaria, de quienes ejercieron la ideología como ciencia y corriente filosófica. Como es el caso de la obra “La ideología alemana” escrito por Marx, en colaboración con Engels, que buscó comprender la realidad social de la

época y una crítica de todas las producciones teóricas que sustentaban el capitalismo, y de la filosofía, específicamente en los años 1845 y 1846.

Para los autores Engels y Marx, el conjunto de ideas y valores de una sociedad en un momento dado (la ideología) es la falsa conciencia de una sociedad basada en las ventajas de la clase que domina en esa época histórica. En las notas de la obra, se pueden considerar y destacar algunas premisas acerca de la humanidad:

- El hombre se diferencia de los animales en el momento en que empieza a producir sus medios de vida. La diferencia está en que los animales están adaptados para sobrevivir biológicamente al medio, en cambio los hombres son seres desajustados que tienen que “Habérselas con las cosas” y no ha sido dotado por la naturaleza con los medios para su supervivencia, por ende debe producirlos.
- Efectivamente la conciencia y la facultad de pensamiento diferencia al hombre del animal, pero Marx considera que lo fundamental en el hombre es su capacidad para producir.
- No solo es solamente reproducir los medios de vida en el sentido biológico, se trata de reproducir un determinado modo de vida. (Lo que se produce y como se produce).
- Esta producción solo aparece cuando se multiplica la población, es decir la producción social de la vida y esta supone un intercambio entre los individuos a través de la división social del trabajo y un sistema de propiedad.
- El pensamiento forma parte de esa producción de la actividad humana, la relación es notoria; las leyes, moral, metafísica, la religión son producto del comportamiento económico y materias de los hombres.

Ahora bien, desde un punto de vista descriptivo, la ideología, será considerada como un sistema cognitivo. Esto significa que es una representación mental, almacenada en (a largo plazo) la memoria, que puede ser usada para actividades tales como la interpretación de acontecimientos y acciones, la comprensión de un discurso o la producción de interacciones. (Van Dijk 1980).

Siguiendo este mismo orden de ideas más adelante, este mismo autor afirma que “las ideologías son los sistemas básicos de la cognición social, conformados por

representaciones mentales compartidas y específicas a un grupo, las cuales se inscriben dentro de las creencias generales (conocimiento, opiniones, valores, criterios de verdad, etc.) de sociedades enteras o culturas”. (Van Dijk, 1999).

En cambio (Althusser, 1965) argumenta que, aunque las ideologías suelen estar formadas de sistemas de representaciones, imágenes y conceptos, es sobre todo en tanto que estructuras como se imponen a la gran mayoría de los hombres. Son objetos culturales percibidos-aceptados-sufridos y actúan funcionalmente sobre los hombres mediante un proceso que se les escapa. Las ideologías son, por tanto, la esfera de lo vivido; la esfera de lo experimentado y no la del pensamiento. (Citado en Hall, S., 1981).

Además que Gramsci (1968) entiende que la ideología no es psicológica o moralista, sino estructural y epistemológica. Pero por encima de todo nos permite empezar a captar el papel central que juegan las superestructuras, estado, asociaciones civiles, la política y la ideología, para asegurar y cimentar las sociedades estructuradas en dominancia y para conformar activamente toda la vida social: ética, mental y moral, en sus tendencias globales, a los requerimientos del sistema productivo. (Citado en Hall, S., 1981).

3.5.2 La ideología y creencias colectivas.

3.5.2.1 *Cultura*

De acuerdo a Hall, S. (1981) La cultura tiene sus raíces en lo que Marx, en La Ideología Alemana, llamaba la relación doble del hombre: con la naturaleza y con los otros hombres. Los hombres, decía Marx, intervienen en la naturaleza y la utilizan, con ayuda de determinados instrumentos y herramientas, para reproducir las condiciones materiales de su existencia.

La relación del hombre con la naturaleza deviene socialmente mediatizadas, es decir que la reproducción de la sociedad humana, en formas crecientemente complejas y extendidas, y la reproducción de la existencia material están fundamentalmente vinculadas: en efecto, la adaptación de la naturaleza a las necesidades materiales del hombre solo se logra por medio de las formas que asume su colaboración con los otros hombres. (Hall, S. 1981).

Sumado a esto, Van Dijk (1980) indica que una ideología es también un sistema

social, porque es compartida por los miembros de un grupo o (subcultura), y porque su conducta puede controlarse por dicha ideología. También, las ideologías se adquieren y se cambian, de manera característica, dentro de contextos sociales. Con frecuencia dichos contextos sociales tienen naturaleza institucional: escuela, iglesia, partido político.

3.5.2.2 Mundo de la vida

Habermas expresa su teoría para racionalizar el mundo de la vida, esto implica la distinción de sus diversos elementos. La sociedad, la cultura y la personalidad. Habermas hace una crítica de la teoría de la constitución a través de una teoría de la comunicación lingüística. En forma estratégica, se mueve en la argumentación sobre la verdad en que descansa todo orden social, en cuantos órdenes de sentido intersubjetivamente aceptados en la actitud natural de sus miembros. (Citado en Estrada Saavedra, M. 2000).

3.5.2.3 Conciencia Colectiva

Durkheim (1898) estableció diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, explicando que lo colectivo no podría ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos. (Citando en Mora, M., 2002)

3.5.3 Ideología Política

Es importante destacar que las ideologías también tienen funciones socio-políticas, lo cual no es sorprendente, ya que es en la política donde entran en juego grupos diferentes y opuestos, el deseo de poder, el orden, la lucha y los intereses económicos y culturales. En los participantes de la presente investigación, se evidencia una fuerte relación de identidad con las políticas públicas del actual gobierno, específicamente por beneficiarse de algunas misiones sociales.

Desde el año 1999, en Venezuela se crearon e implementaron las misiones sociales como mecanismos de creación de identidades políticas y sociales en un contexto en el que los actores políticos requerían de nuevos mecanismos de legitimidad y control político. Según Alarcón, L., y Gómez, S. (2010). "No hay que olvidar que esas misiones de alguna manera han ganado legitimidad entre la población, en parte por el vacío existente en cuanto a la eficiencia y transparencia de la institucionalidad pública

estatal, tradicionalmente se encarga de la política social en nuestro país durante el periodo de ajuste económico antes del año 1999, que no permitió el pleno desarrollo de una buena parte de los cursos de acción, integrados por las redes de atención.”

Gómez Sánchez (2007) realizó un estudio en el que evaluó el papel de las misiones sociales en Venezuela y su influencia en la construcción de identidades políticas. Uno de sus hallazgos fue que:

“Las misiones expresan un acceso a la política social que tiene un ingrediente emocional, ya que la respuesta a la demanda social se produce por un mecanismo no institucional que intenta fortalecer o crear un vínculo personal entre los sujetos demandantes y los principales líderes políticos que ejercen el gobierno y sus seguidores o funcionarios más cercanos. Este elemento se relaciona con la estrategia comunicacional que utiliza el gobierno nacional en el desarrollo de estas medidas sociales, dicha estrategia refuerza también la idea del “asistido”, que debe públicamente reconocer las virtudes de los que ofrecen la “ayuda” y expresar su agradecimiento al Presidente de la República o al funcionario que lo representa”. (Citado por Gómez, 2005)

Finalmente, se debe contemplar lo que Alarcón y Gómez (2010) interpretan, “lo que debe ser una medida de protección social de carácter integral, se convierte en una acción asistencialista, pragmática, carente de criterios técnicos y con escaso conocimiento de la realidad social”.

IV. MÉTODO

4.1 Tipo de Investigación.

Este trabajo está enmarcado bajo la metodología cualitativa, entendido como el método de investigación cuya función busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social al que le subyace un interés práctico. Este interés práctico persigue el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva (Martínez, 2011).

Neuman (1994) afirma que una de las actividades principales del investigador es adquirir un punto de vista interno (desde dentro del fenómeno) e igual lograr mantener una perspectiva analítica o una distancia específica como observador externo. Dentro de las características del enfoque cualitativo, podemos conseguir una breve e ilustrativa caracterización de Monje (2011)

- La metodología cualitativa es inductiva, dado que parte de datos para desarrollar comprensión, conceptos y teoría. No pretende evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.
- Mantiene una visión holística afirmando que las personas, escenarios o grupos no son reducibles a variables y son consideradas como un todo.
- Plantea una interacción con informantes de modo natural y no intrusivo, sin intercambios rígidos de preguntas y respuestas.
- Su naturaleza descriptiva centra el análisis en la descripción observacional de fenómenos.
- No busca la verdad o moralidad sino la perspectiva del actor social

Esta caracterización permite la justificación de la metodología cualitativa para el abordaje de la presente investigación. Este estudio no pretende generalizar los resultados obtenidos a partir de muestras particulares a poblaciones similares sino estar directamente involucradas con los participantes, en este caso, las personas en que estuvieron en situación de calle. Por tanto, se trata de un estudio de casos.

Se conocieron sus experiencias personales y se comprendió la realidad de este fenómeno tal como fue vivido por ellos, al igual que el proceso de reinserción laboral posterior a la rehabilitación en programas pertenecientes a las políticas públicas del

Estado Venezolano.

4.2. Diseño de investigación.

Dada la naturaleza del método cualitativo, el diseño no configura un marco fijo e inmodificable, sino un punto de referencia que indica que será estudiado, qué estrategia debe utilizarse y las técnicas necesarias para la recolección de la información (Monje, 2011).

Por tanto, se utilizó la Teoría Fundamentada como método de investigación para indagar los procesos sociales básicos y descubrir aquellos aspectos que son relevantes en ésta determinada área de estudio Strauss y Corbin, 1990).

Glaser (1992) afirma que la Teoría Fundamentada es útil para investigaciones en campos que conciernen a temas relacionados con la conducta humana dentro de diferentes organizaciones, grupos y otras configuraciones sociales.

La aportación más relevante de la Teoría Fundamentada hace referencia a su poder explicativo en relación a las diferentes conductas humanas dentro de un determinado campo de estudio. La emergencia de significados desde los datos, pero no de los datos en sí mismos, hace de esta teoría una metodología adecuada para el conocimiento de un determinado fenómeno social (Glaser, 1992)

Strauss y Corbin (1990) afirman que la Teoría Fundamentada puede ser utilizada para un mejor entendimiento de un fenómeno ya estudiado y así poder profundizar en él. Aseguran que el aspecto cualitativo de esta metodología favorece el desarrollo de respuestas a fenómenos sociales respecto a lo que está ocurriendo y por qué.

La Teoría Fundamentada utiliza una serie de procedimientos que, a través de la inducción, genera una teoría explicativa de un determinado fenómeno estudiado. En este sentido, los conceptos y las relaciones entre los datos son producidos y examinados continuamente hasta la finalización del estudio. Strauss y Corbin (1990) aseguran que si la metodología se utiliza adecuadamente reúne todos los criterios para ser considerada rigurosa como investigación científica.

Aun cuando en esta investigación no hayan sido empeladas todas las etapas de la Teoría Fundamentada, por ejemplo, no se ha seguido el procedimiento de muestreo dado que no se pretende representar ninguna población particular a partir de la muestra, se ha usado un estudio de casos con entrevistas a profundidad con cuatro

participantes (Strauss y Corbin, 1990)

Para el análisis de datos se ha empleado el sistema para la identificación de temas emergentes y la clasificación subsecuente de ellos en categorías de análisis recomendado por la teoría fundamentada de Glaser y Strauss, sabiendo que esta teoría tiene como base epistemológica el Interaccionismo Simbólico, una corriente del pensamiento que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación. En este caso, la comunicación es considerada como un hecho instrumental (Hernandez, et al., 2014).

Herbert Blumer (1969) define al Interaccionismo simbólico como el proceso según el cual los humanos interactúan con símbolos para construir significados. Según esas ideas expresadas por Blumer, los seres humanos mediante las interacciones simbólicas, adquieren información e ideas, mediante las cuales logran entender sus propias experiencias y las de los demás, comparte con esas interacciones y sentimientos que les permiten llegar a conocer a sus semejantes.

Por tanto el objetivo final es la comprensión acerca de un fenómeno en particular. Las técnicas y procedimientos analíticos permiten al investigador construir e interpretar una teoría sustantiva que es significativa, compatible con el fenómeno observado (Glaser y Strauss, 1967).

En la Teoría Fundamentada se produce simultáneamente la recogida y el análisis de datos. Desde las primeras tres o cuatro entrevistas se van generando códigos que permiten identificar qué información se desea ampliar o incidir. Las sucesivas entrevistas definirán los aspectos sobre los que se avocará la búsqueda de información adicional (Glaser y Strauss, 1967).

En el caso de esta investigación, que trata de cuatro estudios de casos, no se pretende formar una muestra. Pero, aunque no se empleó el método de muestreo de participantes propuesto por los autores, sí se utilizó su sistema de muestreo de temas. Éste consiste en emplear temas enunciados por los participantes durante las entrevistas subsecuentes y en otras entrevistas con los demás participantes.

Este proceso se repite con la aparición de cada nuevo tema, y sigue en un sentido emergente, hasta agotar, dentro de los cuatro casos entrevistados, en repetidos encuentros.

El proceso comienza con códigos abiertos sobre los datos recogidos que dirigirán

los casos de estudio en todas las direcciones hasta el descubrimiento de variables centrales fuertemente respaldadas por los datos. La investigación será susceptible a cambios en la dirección durante la recogida de la información, teniendo incidencia sobre el estilo de entrevista, los informantes, etc. (Spiggle, 1994).

Se identifican cuatro formas de codificación: La codificación abierta, teórica, axial y selectiva. La codificación abierta es el proceso de desglose de datos en distintas unidades de significado. Se comienza con una completa transcripción de la entrevista y después, con el análisis del texto, línea a línea con la intención de identificar palabras clave o frases que conectan el relato del informante con la experiencia que se está investigando (Spiggle, 1994).

Teóricamente, las categorías se saturan cuando la codificación abierta es realizada de forma adecuada. Se profundizan en los datos y descubren cómo incluirlos en diferentes categorías. Luego, tras continuas comparaciones, análisis y codificación se evidenciará una saturación total y los datos se ajustarán a las categorías emergentes (Cuñat, 2005).

Así mismo, a partir de la codificación teórica se pueden establecer relaciones entre los códigos sustantivos y sus propiedades que definirá un tema para ser integradas a una teoría posteriormente. Los códigos teóricos que se generan durante este proceso reconducen los códigos sustantivos hacia un mayor nivel conceptual evitando el riesgo de describir únicamente lo que ocurre en un escenario determinado sin generar ningún tipo de teoría formal (Cuñat, 2005).

Por otro lado, la codificación axial se conoce como el proceso de relacionar códigos unos con otros vía combinación de pensamiento inductivo y deductivo. Más que una mirada a una clase de relaciones, hace su énfasis en las relaciones causales. Una vez que el concepto ha sido identificado, sus propiedades deben ser exploradas en profundidad y sus características deben dimensionarse en términos de intensidad o debilidad (Cuñat, 2005).

Esta codificación permite al investigador desarrollar una categoría al especificar condiciones que lleven a su obtención, el contexto en el cual se encuentra, y las estrategias de acción-interacción por las cuales se maneja, se gestiona y se lleva a cabo. Dichas condiciones, estrategias, contextos y resultados tienden a ser agrupados y las conexiones deben ser jerarquizadas o graduadas en forma lineal o recursiva (Spiegelberg, 1994).

Por último, la codificación selectiva es el proceso de selección de una categoría para ser el núcleo y relacionar todas las demás categorías con la central de formas suficientemente significativas para ser utilizadas en una teoría parsimoniosa. La variable central guiará la recogida de datos y por ende el muestreo teórico. En analista buscará las condiciones y consecuencias que se relacionan con el proceso central (Cuña, 2005).

4.3. Participantes.

Según Tamayo (1997) la población, es la totalidad del fenómeno que se quiere estudiar en donde la unidad de análisis de población posee una característica común, el cual da origen a los datos de investigación. La población objeto de estudio de esta investigación son las personas en situación de calle que asistieron a un programa de rehabilitación desarrollado por las políticas públicas del gobierno venezolano entre 2006 y el 2016.

No se ha empleado una muestra en este estudio. Más bien, se ha seleccionado cuatro participantes para un estudio de casos con base en dos criterios: a) su disponibilidad para participar y b) su asociación con programas de rehabilitación en instituciones públicas o privadas. Todos los participantes estuvieron en situación de calle, fueron rehabilitados por consumo de sustancias y actualmente están reinsertos social y laboralmente. El tiempo de abstinencia también caracteriza la participación en esta investigación.

Según Yin (1989) el estudio de casos en la metodología cualitativa, es “una investigación empírica que aborda un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en él, que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas”.

El estudio de casos es uno de los métodos más apropiados para aprender la realidad de una situación, en los que se requiere explicar relaciones causales complejas, realizar descripciones de perfil detallado, generar teorías o aceptar posturas teóricas exploratorias o explicativas y estudiar un fenómeno que sea, esencialmente, ambiguo, complejo e incierto (Villareal y Landeta, 2007).

Las edades comprendidas oscilaron entre los 30 y 60 años, A continuación se presenta la descripción de los participantes:

Participante (1) AB.

Hombre de 45 años de edad. Soltero. Vive solo en los Valles del Tuy. Tiene 2 hijos. Su nivel de instrucción académica actualmente es técnico superior en administración de empresas. Estuvo en situación de calle 8 años y 20 años en el consumo de sustancias. Fue rehabilitado en la Clínica Internacional El Cocal adscrita al convenio Cuba-Venezuela. Tiene 11 años rehabilitado y actualmente trabaja como co-terapeuta en el IDENA (Instituto nacional de los derecho del niño y adolescente).

Participante (2) EP.

Hombre de 55 años de edad. Casado. Vive con sus padres en Catia. Tiene 8 hijos. Su nivel de instrucción académica actualmente es Técnico Superior Universitario en Estudios Políticos y de Gobierno. Estuvo en situación de calle 3 años, 32 años en el consumo de sustancia y 3 años privado de libertad. Fue rehabilitado en la unidad de atención al fármaco dependiente servicio 4 del psiquiátrico de Caracas ubicado en Lidice- La Pastora. Tiene 15 años rehabilitados. Trabaja como promotor social en la Fundación José Félix Ribas.

Participante (3) JL.

Hombre de 53 años de edad. Soltero. Vive solo en Parque Central. Tiene 2 hijos. Su nivel de instrucción académica actualmente es técnico medio en deporte comunitario. Estuvo 8 años en situación de calle, 25 años en el consumo y 3 años privados de libertad. Rehabilitado en la comunidad terapéutica socialista ubicado en el Junquito kilómetro 16. Tiene 11 años rehabilitado. Trabaja actualmente como coordinador de prevención de drogas del Ministerio del Poder Popular para las Comunas y los Movimientos Sociales y es asesor del presidente de la Fundación Negra Hipólita.

Participante (4) WF.

Hombre de 37 años de edad. Casado. Vive con su esposa y 3 hijos. Su nivel de instrucción académica es Bachiller en ciencias. Estuvo 4 meses en situación de calle y 15 años en el consumo de sustancias. Rehabilitado en la Fundación Negra Hipólita en el año 2010 y actualmente se encuentra en fase de seguimiento y control en la Fundación José Félix Ribas. Está en búsqueda de empleo desde Enero 2017.

4.4 Muestreo

Desde la Teoría Fundamentada el tamaño de la muestra está relacionado directamente con la teoría. Es una parte más del proceso de recogida de datos y análisis. La recogida de datos va configurando el tamaño de la muestra final. Esta viene determinada por el desarrollo de las categorías identificadas y la teoría emergente (Coyle, 1997). El investigador no conoce inicialmente el tamaño final de la muestra.

El muestreo teórico, una de las estrategias principales para desarrollar la Teoría Fundamentada. Durante el empleo de forma de muestreo, el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados. La recolección de datos y el análisis se realizan al mismo tiempo.

Por tanto, por ser el potencial del contenido que emerge durante las entrevistas el elemento que dictará el número de participantes de la muestra, la credibilidad final o saturación temática del fenómeno a investigar depende menos del tamaño de la muestra y más de la riqueza de la información recogida.

4.5 Recolección de datos.

La recolección de los datos de esta investigación se hizo principalmente por observación y a través de la entrevista que es considerada como uno de los procedimientos más frecuentemente utilizados en los estudios de carácter cualitativo, donde el investigador no solamente hace preguntas sobre los aspectos que le interesa estudiar sino que busca comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse del significado que éstos le otorgan en el ambiente natural donde desarrollan sus actividades (Troncoso y Daniele, 2007).

Específicamente se empleó un método de recolección de datos a través de una entrevista semi-estructurada, en la cual el entrevistador dispone de un «guión», que recoge los temas que deben tratar (Troncoso y Daniele, 2007).

No obstante, el orden en el que se abordaron los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejaron a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas incluyendo temas que aparecieron en

entrevistas previas, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación (Troncoso y Daniele, 2007).

Esto implica, reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. (Taylor y Bogdan 2008).

4.5.1 Fase preparatoria

La investigación se estructuró partiendo de la observación de un fenómeno y la revisión bibliográfica del mismo. Posteriormente se procedió al planteamiento del problema y así especificar la pregunta de investigación junto con los objetivos de la misma.

Al definir estos aspectos se procedió a la búsqueda de expertos e instituciones que pudiesen colaborar y permitirnos acceder a la población que estuvo en situación de calle, estableciendo a través de ellos un primer contacto para poder realizar las entrevistas. Por tanto, se preparó un guión de entrevista para los expertos y participantes rehabilitados corregido por la tutora de esta investigación. Finalmente se definieron las técnicas de recolección de información.

Se contó con la asesoría de dos expertos para realizar el guion semi-estructurado y que permitirá acercarnos al fenómeno de manera que los datos, es decir la experiencia de los entrevistados, aportara información relevante para el estudio. Estos expertos en el área participaron en la revisión, modificación y validación del mismo. Los profesionales que actuaron como expertos fueron,

Asesor (1) Karen Cronick: Dra. En Psicología por la Universidad Central de Venezuela. Profesora asociada a la Unidad de Psicología Ambiental y Participación. Sus intereses de investigación son: Psicología ambiental y comunitaria, evaluación participativa, análisis retórico y hermenéutico de textos relacionados con el consumo de alcohol, la retórica en el proceso democrático, la intencionalidad como fenómeno individual y colectivo, el imaginario, mítico y estético en la base de los procesos sociales. Adicionalmente trabajo en la evaluación de dos programas que atienden las necesidades de personas en situación de calle en Caracas, Venezuela.

Asesor (2) Hernán De Oliveira: Psicólogo egresado de la Universidad Central de Venezuela, quien fue coordinador de tratamiento del programa Integral de atención en adicciones del Programa Techo adscrito a Salud Chacao. Actualmente también es docente universitario en el C.U. “Prof. José Lorenzo Pérez Rodríguez”.

4.5.2. Trabajo de Campo

Teniendo las técnicas de recolección de datos y el guión de entrevista finalizados y corregidos, se procedió a la realización de entrevistas, así como la recolección y registro de la información transmitida mediante grabaciones de cada entrevista por un dispositivo de sonido que con el consentimiento de los participantes clave, facilitó el proceso de indagación.

4.5.3 Fase de Análisis

Los cuatro participantes fueron entrevistados y grabados bajo su consentimiento, garantizando anonimato y confidencialidad en cada encuentro. Obtenidas las grabaciones y entrevistas completas, se procedió a la transcripción de las mismas. Para analizar el contenido se utilizó el apoyo del programa Atlas.Ti versión 7.5, el principal soporte informático para desarrollar la teoría fundamentada que permitió llevar a cabo el muestreo teórico necesario para reconocer y determinar los temas principales.

En cuanto a la aplicación de la teoría fundamentada y el Atlas.Ti, la codificación teórica es el principal procedimiento de análisis para construir teoría. En este procedimiento de interpretación de datos se pueden distinguir tres procesos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. (San Martín, D. 2014).

A continuación se describe cada codificación según su fase, el análisis respectivo:

4.5.3.1 Codificación Abierta

Se denomina codificación abierta al proceso de abordar el texto, con el fin de desnudar conceptos, ideas y sentidos. (San Martín, D. 2014).

Una vez con las entrevistas transcritas en formato pdf, fueron insertas en el software Atlas.Ti, convirtiéndose ahora en documentos primarios que permitieron el examen minucioso de los datos para identificar línea a línea del texto los conceptos, palabras claves y significados que contienen.

Posteriormente los datos fueron examinados y comparados para reducirlos de

frases seleccionadas de textos a códigos o citas que sirvieron de soporte del análisis. Estos códigos se relacionaron con una opción que provee el programa y que permitió por una parte conformar las categorías y por otra crear la red de dimensiones. Este proceso fue una combinación de análisis entre el programa y la creatividad de los investigadores que al obtener los datos debe profundizar y decidir cómo incluirlos en diferentes categorías tras continuas comparaciones.

El resultado de la primera codificación es una lista de códigos de la que, al compararlos respecto a sus propiedades, dimensiones y significados, se obtiene una clasificación mayor o de segundo grado, denominada categoría. A este proceso se le denomina categorización, y se refiere al resumen de conceptos en conceptos genéricos. (Flick, 2007. Citado en San Martín, D. 2014)

En esta primera fase resultaron seis dimensiones, (Adicciones, situación de calle, rehabilitación, reinserción laboral, significado del trabajo e ideología). Estas categorías representan el fenómeno y de ellas se desprenden sub-categorías que le dan claridad adicional y especificidad al sistema de categorías emergente.

4.5.3.2 Codificación Axial: En esta fase se relacionaron las categorías de las cuales emergen en cada una de ellas una variedad de sub-categorías que caracterizan y enriquecen el contenido, se observó y se analizó como estas sub-categorías interactúan alrededor de un eje central.

Estas relaciones entre las categorías son las que permiten la estructuración y análisis de los hallazgos encontrados, a través de interpretaciones, argumentos o conclusiones, persiguiendo el fin de la teoría fundamentada que es la teorización o la creación de modelos y estructuras teóricas.

A continuación se muestran las dimensiones que surgieron con cada categoría y sus respectivas sub-categorías:

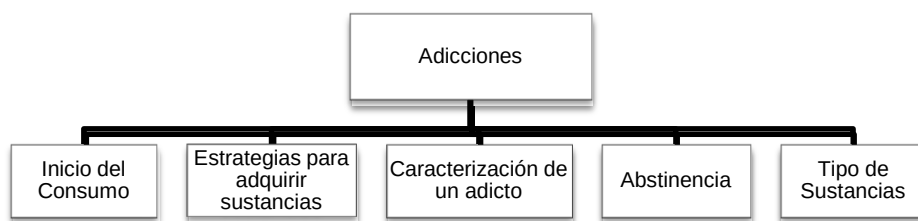


Figura 1. Dimensión Adicciones.

Se identifica como eje central la dimensión Adicciones, presentando 31 citas o códigos durante el discurso de los participantes. De esta, emergen las categorías que interactúan con el eje central: Inicio del consumo con 28 citas encontradas en el texto, caracterización de un adicto con 31 citas, abstinencia con 9 citas y tipos de sustancia con 25 citas.

La categoría Abstinencia fue incluida arbitrariamente en el sistema de categorías por considerar de relevancia su abordaje en esta investigación, específicamente en la dimensión adicciones.

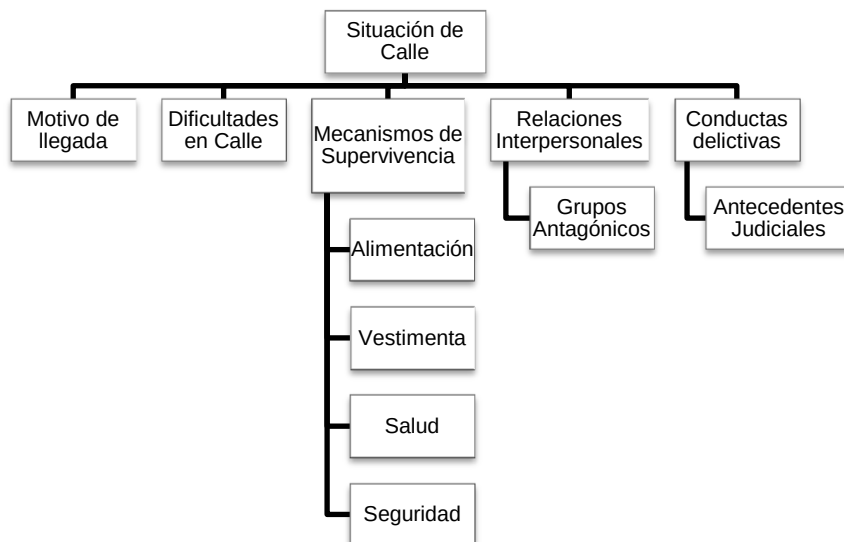


Figura 2. Dimensión Situación de Calle.

En la dimensión Situación de Calle, se identificó la presencia de categorías y subcategorías. Esta dimensión o eje central se caracterizó por la representación de 51 citas de las cuales se desprendieron las categorías: Motivo de llegada con 6 citas, Dificultades en calle 14 citas, Mecanismos de Supervivencia con 12, Relaciones Interpersonales 19 citas, y Conductas Delictivas con 15 citas.

A su vez, de la categoría Mecanismos de Supervivencia destacaron las sub categorías: Alimentación 7 citas, Vestimenta 4 citas, Salud 6 citas y Seguridad 8 con citas. De la categoría Relaciones Interpersonales surgió la subcategoría Grupos Antagónicos con 10 menciones, de Conducta Delictiva surge la sub categoría Antecedentes Judiciales con 8 menciones.

Cabe destacar que la categoría Relaciones Interpersonales y sub categoría Antecedentes Judiciales fueron sugeridas intencionalmente por la tutora de la investigación.

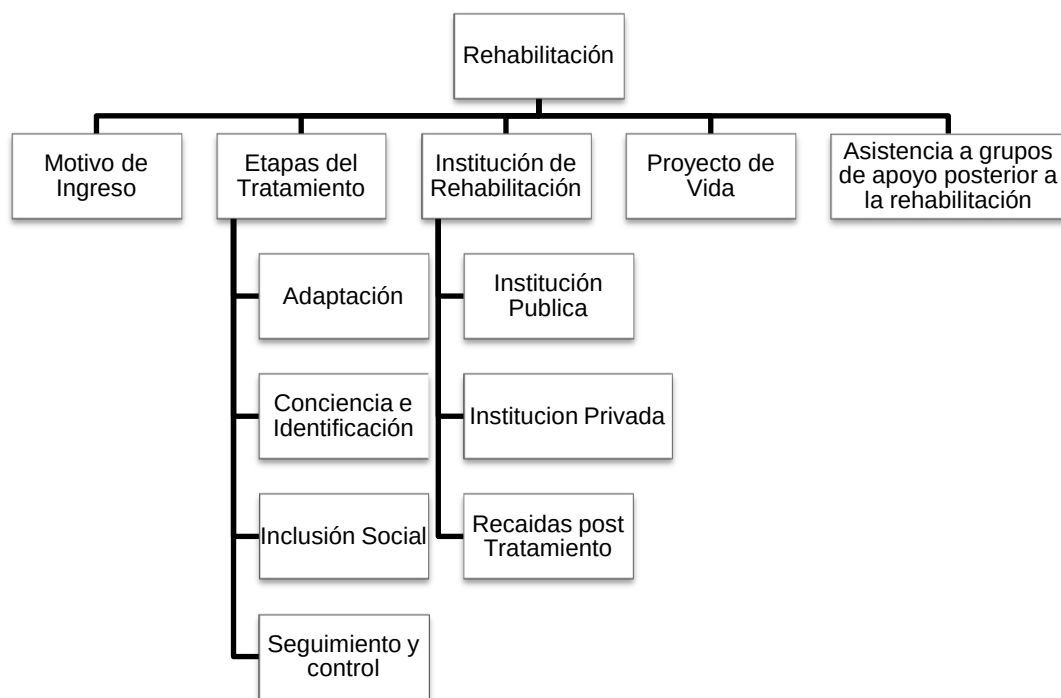


Figura 3. Dimensión Rehabilitación.

Uno de los focos de la presente investigación fue la dimensión Rehabilitación, en la que se obtuvieron la cantidad de 51 citas en el análisis del

contenido y de ella se desglosaron las categorías: Motivo de Ingreso con 5 citas, Etapas del tratamiento 13 menciones, Institución de Rehabilitación 14 citas, Proyecto de Vida con 29 citas y finalmente Asistencia a grupos de apoyo posterior a la rehabilitación.

En este eje central, de la categoría Etapa del Tratamiento se desprendieron las sub categorías: Adaptación 20 citas, Conciencia e Identificación 4 menciones, Inclusión Social 25 citas y Seguimiento y Control con 9 citas.

De igual manera en la categoría Institución de Rehabilitación de encontraron las sub categorías Institución Publica con 7 menciones, Institución Privada con 4 menciones y por ultimo Recaídas Post Tratamiento.

Es pertinente mencionar que la categoría Institución de Rehabilitación fue escogida de manera intencional para sustentar los datos encontrados, de la misma manera sucedió con Asistencia a grupos de apoyo posterior a la rehabilitación que fue sugerida por la tutora de la investigación.

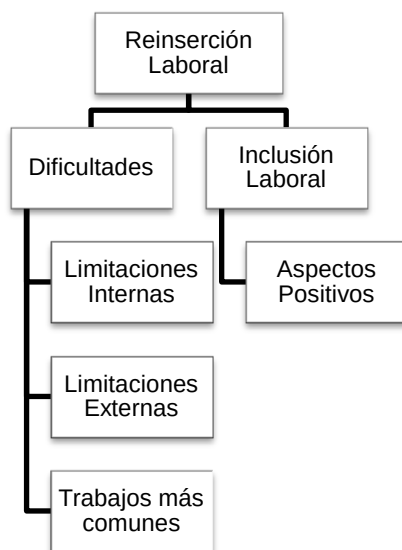


Figura 4. Dimensión Reinserción Laboral

La dimensión Reinserción Laboral arrojó notorios resultados con 74 citas relacionadas en el texto. Las categorías que resultaron son: Dificultades 19 citas e Inclusión Laboral con 25 menciones.

En la categoría Dificultades se manifestaron tres sub categorías: Limitaciones Internas 12 citas, Limitaciones Externas 24 citas y Trabajos más comunes 26 citas.

De las categorías Inclusión laboral surge la sub categoría Aspectos positivos con 25 citas, la cual fue sugerida por la tutora de la investigación.

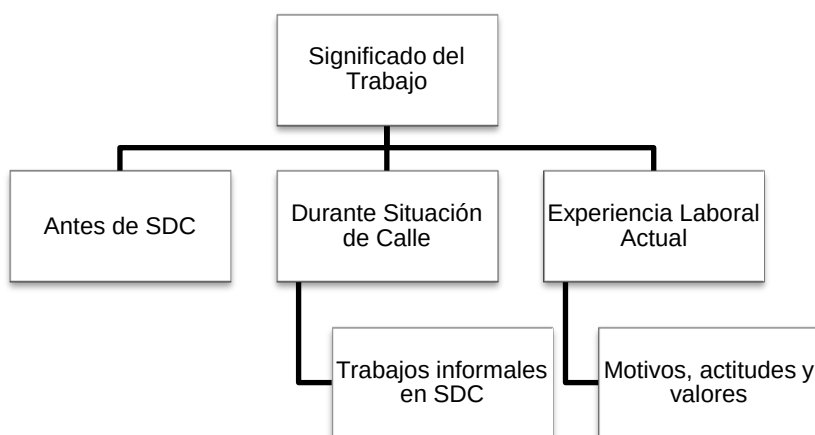


Figura 5. Dimensión Significado del Trabajo.

Esta dimensión Significado del Trabajo con 14 citas fué escogida de manera intencional, al buscar comprender la realidad de reinserción laboral, se encontró contenido propio del tema gracias a este eje central.

De la revisión exhaustiva resultaron las categorías: Antes de Situación de Calle con 9 citas, Durante Situación de Calle con 6 citas, Experiencia laboral Actual 13 con citas.

De la categoría Durante situación de calle surge la sub categoría Trabajos informales en calle con 7 menciones y de la categoría Experiencia laboral Actual

resulto la sub categoría Motivos, Actitudes y Valores con 9 citas.

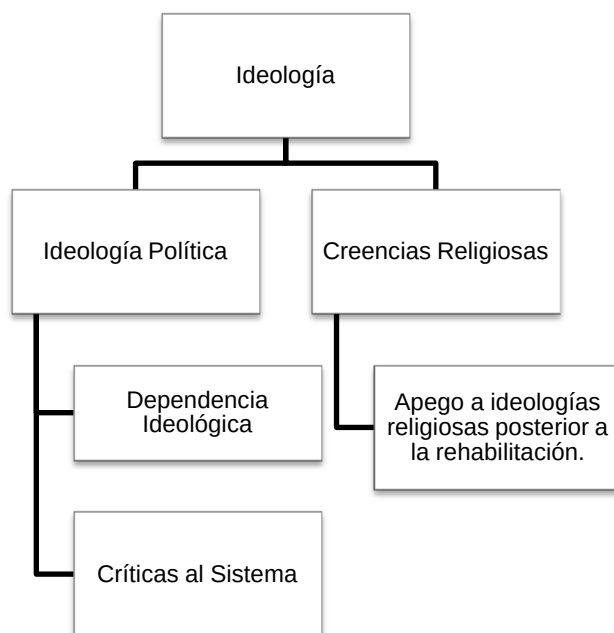


Figura 6. Dimensión Ideología.

Finalmente en el análisis de las entrevistas, se encontró contenido ideológico, generando así este eje central con 18 menciones, de las cuales resultan las categorías: Ideología Política con 15 menciones y Creencias Religiosas con 11 citas.

De la categoría Ideología Política resultaron las sub categorías Dependencia Ideológica con 4 citas y Críticas al Sistema con 6 citas. En cambio de la categoría Creencias religiosas, surgieron la sub categorías Apego a Ideologías Religiosas posterior a la Rehabilitación con 3 citas.

En esta investigación todas las dimensiones, categorías y subcategorías interactúan alrededor del tema central de la investigación, experiencia de reinserción laboral de personas que estuvieron en situación de calle (RLPSC).

4.5.3.3 Codificación Selectiva: En esta fase se escogió una dimensión central para que fuese el núcleo con el que se relacionan las demás categorías. Esto con la idea de desarrollar un análisis de datos parsimonioso en una misma línea en la que todos los factores estuviesen cubiertos.

Según la teoría fundamenta esta categoría o dimensión central “consiste en todos los productos del análisis, condensados en unas cuantas palabras que parecen explicarnos de qué trata la investigación” (Strauss y Corbin, 2002).

La dimensión central seleccionada fue la Reinserción Laboral, dado que es el foco de la investigación y se observó en el contenido como las demás categorías y subcategorías se relacionan directamente como consecuencias, asociaciones, enlaces y resultados de la reinserción laboral de los participantes claves.

De esta manera se logró interpretar y transformar la información, para finalmente realizar la presentación y discusión de los resultados. Estos resultados no pretenden representar ninguna población, sino generar categorías heurísticas que reflejan la realidad de los participantes. Se trata de un buen inicio para establecer posibles hipótesis que en el futuro respalden una teoría sustantiva.

V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de datos de las entrevistas se realizó con base en la codificación abierta de la Teoría Fundamentada. A través de este tipo de codificación, se intentan expresar los datos en forma de conceptos una vez que el investigador disecciona, fragmenta, segmenta y esclarece los datos que contiene el texto.

Tal y como se explica en el método, la recolección de datos fue realizada a partir de entrevistas a profundidad con un guión semi-estructurado, cuya finalidad era lograr identificar la emergencia de conceptos que pudiesen responder al problema de investigación. Estos datos fueron examinados, segmentados y comparados de manera minuciosa a través de los discursos de cada participante.

Luego de la revisión exhaustiva de los acontecimientos e incidentes similares de cada uno de los participantes, el contenido es etiquetado y agrupado a través del software Altas Ti, que además permitió la elaboración de dimensiones que contienen la definición de fenómenos, es decir, aquella información significativa para los entrevistados. De estas dimensiones se desprenden categorías y subcategorías, que caracterizan cada fenómeno y permiten la comprensión esquemática y completa a partir de la experiencia empírica de los participantes para servir como la base principal del análisis de la investigación.

Para mantener la correspondencia de los discursos, se realizó una nomenclatura en la que cada participante es identificado con las iniciales de su nombre y apellido, seguido de la letra correspondiente a la dimensión y número de la categoría, registrado como:

Tabla 8.
Nomenclatura de Participantes

Participante	Dimensión	Nº categoría
Ejemplo: Participante 1 (JL, A., 1.1)		
JL	A	1.1

A partir de la información obtenida de los cuatro entrevistados, se pudieron identificar aquellos aspectos de similitud entre los mismos, relacionados directamente con los significados del trabajo antes y durante la situación de calle, adicción a

sustancias, programa de rehabilitación de sustancias e ideología política.

Una vez analizados los reportes verbales que arrojaban una información similar, se procedió a generar las dimensiones que engloban los datos. Estas dimensiones se dividen en categorías, las cuales tienen a su vez otras subcategorías, todo en función de lo que expresaron los participantes, siendo sus reportes verbales los que permitieron agruparse en cada una de ellas.

A continuación se presenta el sistema categorial general que conforma la base del resultado del trabajo de investigación, del cual surgen todos los análisis posteriores:

Tabla 9.
Sistema de Categorización

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
A. Adicciones	1.1 Inicio del consumo	
	1.2 Tipos de sustancias	
	1.3 Estrategias para adquirir sustancias	
	1.4 Abstinencia	
	1.5 Caracterización de un adicto	
B. Situación de calle	2.1 Motivo de llegada	
	2.2 Dificultades en calle	
	2.3 Mecanismos de supervivencia	2.3.1 Alimentación
		2.3.2 Vestimenta
		2.3.3 Salud
		2.3.4 Seguridad
	2.4 Relaciones interpersonales	2.4.1 Grupos antagónicos
C. Rehabilitación	2.5 Conductas delictivas	2.5.1 Antecedentes judiciales
	3.1 Motivo de ingreso	
	3.2 Etapas del tratamiento	3.2.1 Adaptación
		3.2.2 Conciencia e identificación
		3.2.3 Inclusión social
		3.2.4 Seguimiento y control
	3.3 Institución de rehabilitación	3.3.1 Institución pública
		3.3.2 Institución privada
		3.3.3 Recaídas post rehabilitación
	3.4 Proyecto de vida	
	3.5 Asistencia a grupos de apoyo posterior a la rehabilitación	

Continuación de Tabla Sistema de Categorización

D. Reinserción Laboral	4.1 Dificultades	4.1.1 Limitaciones internas
		4.1.2 Limitaciones externas
		4.1.3 Trabajos más comunes
	4.2 Inclusión laboral	4.2.1 Aspectos positivos
F. Significado del trabajo	5.1 Antes de SDC	
	5.2 Durante situación de calle	5.2.1 Trabajos informales en SDC
	5.3 Experiencia laboral actual	5.3.1 Motivos, actitudes y valores
G. Ideología	6.1 Ideología política	6.1.1 Dependencia ideológica
		6.1.2 Críticas al sistema
	6.2 Creencias religiosas	6.2.1 Apego a ideologías religiosas posterior a la rehabilitación.

A continuación, describiremos cada una de las dimensiones con sus respectivas categorías y subcategorías:

Tabla 10.
Dimensión A: Adicciones

DIMENSIONES		CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
A.	Adicciones	1.1 Inicio del consumo	
		1.2 Tipo de sustancias	
		1.3 Estrategias para adquirir sustancias	
		1.4 Abstinencia	
		1.5 Caracterización de un adicto	

A. Adicciones: desde una perspectiva psiquiátrica, la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas (DSM-5, 2013).

Con referencia a las verbalizaciones que los entrevistados reportan acerca de sus experiencias con el consumo y dependencia a sustancias, se desprenden las preguntas 38 y 39. La respuesta a estas preguntas construyen las categorías:

A.1 Inicio del Consumo: por lo general, la decisión de consumir drogas es voluntaria. Sin embargo, la capacidad de una persona para ejercer autocontrol puede verse seriamente afectada. Este deterioro en el autocontrol es el sello distintivo de la adicción.

Esta categoría comprende los discursos del primer contacto con las sustancias, las conductas o actitudes que desencadenaron el consumo e instalaron la adicción.

“Mi adicción comienza a la edad de 8 años en Valencia, mi ciudad natal y estando en la escuela comienza mi adicción tanto al alcohol como a las sustancias.” (EP, A. 1.1)

“Recuerdo que al cumplir los 17 años, un 25 de diciembre yo llegué de Margarita y era el negro de la cuadra, estaba bonito, bien vestido, todas las niñas me querían. Era famoso en el barrio. Y bueno, ese día con los panas del bloque que vendían, me preparé un cigarro de bazuco. Yo fui directamente a probar el bazuco para ver qué vaina era esa. Yo fui una de las víctimas que se quedó pegado.” (JL, A. 1.1)

“Cigarrillo a los 10 años, mi papá y mi tía fumaban y les quité el cigarrillo. Lo tenía a la disposición. Consumí el cigarrillo, escondido en un barranco en una cancha, me agachaba y me paraba para sentir el mareo, volvía a agacharme, me volvía a parar para marearme.” (AB, A. 1.1)

Por lo general, el inicio del consumo se da en los primeros grupos de socialización como la familia, la escuela y los pares. La percepción y aceptación con respecto a las drogas lícitas o ilícitas es de suma importancia, dado que pueden ser un factor de riesgo que desencadena el consumo.

“En alcohol fue como a los 13 o 14 años en el liceo en los matines, siempre estaba con los compañeros y agarraba el vaso por iniciativa propia o por curiosidad.” (WF, A. 1.1)

“Alcohol 12 años, con cacique. Terminé vomitado, golpeado, pateado, con amigos de la misma edad, pero yo era uno de los más inexpertos. Y cuando llegué a la casa me dieron una rola e’ pela.” (AB, A. 1.1)

“Marihuana 14 años, me lo pasaba con los muchachos bailando break dance.” (AB, A. 1.1)

“Yo me la pasaba mucho con un tío que también era adicto en ese entonces, y el parecerme a mi tío me conllevó al consumo pues. Yo quería ser como él, parecerme a él, hacer lo que él hacía.” (EP, A. 1.1)

Por otro lado, también los eventos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, así como las dinámicas familiares disfuncionales con poca supervisión y permisivas, son factores de riesgo asociado al primer contacto con drogas.

“Por ejemplo mi casa: la relación con mi mamá fue muy tóxica, ella era una persona que tomaba mucho y yo soy su hijo mayor, luego viene un hermano que lo mataron y también consumía y éramos de padres diferentes. Y bueno, en mi casa ocurría de todo, vendían alcohol y se prendían esas fiestas y mi mamá se olvidaba de nosotros, y tú hacías lo que te daba la gana y eso ayudó mucho a que uno se fuera por ese camino, porque si tú veías que todos tomaban, entonces eso era normal. A los 14 años ya yo me echaba unas peas nada normales, y a los 16 años comencé el consumo de sustancia.” (WF, A. 1.1)

“Un padre alcohólico ausente, una madre nerviosa. Fui abusado por un tío sexualmente a los siete años, a quien confronté y le dije que había sido alguien muy malo en mi vida, desde el proceso de perdonar y aprender, para entender la pedofilia.” (AB, A. 1.1)

A.2 Tipo de sustancias: el fenómeno de la poli-toxicomanía o poli-consumo, hace referencia al uso y abuso tres o más sustancias de manera indiscriminada frecuente en drogodependencias.

“Por cosas de la vida, una vez llegué y agarré una de esas voladoras con una sustancia llamada el millonario. Eso era un compuesto de marihuana, bazuco, perico... o sea, todo una liga. Eso se consume fumado. Se arma un tabaco y bueno, fumado como un cigarrillo. Yo me paseé por todas esas sustancias antes de llegar al crack.” (EP, A. 1.2)

“Todo tipo de alcohol, luego la cocaína que lo encontré con los compañeros con los que me la pasaba, y al principio te la daban y así comencé. Luego claro, yo tenía que comprármela. La segunda sustancia fue la marihuana, y la última, y eso fue cuando estuve los cuatro meses en la calle, fue la piedra “crack”. Pero antes de eso, siempre fue alcohol y cocaína, esas eran mis drogas de impacto, la marihuana no me gustaba mucho porque me adormecía y a mí me gustaba andar activo.” (WF, A. 1.2)

“Consumí cocaína. Marihuana muy poco porque no me gustaba sentirme lento. Pastillas y bazuco.” (JL A. 1.2)

A.3 Estrategias para adquirir sustancias: por lo general, la adicción a sustancias induce a la ideación y disposición de realizar cualquier acto para conseguir la sustancia. Estas acciones pueden ser legales; es decir, por medio del trabajo, y también pueden ser ilegales, por medio del robo, homicidio o estafa.

Estos reportes verbales refieren a los mecanismos que utilizaron para adquirir/comprar drogas.

“Robando. Empecé a fumar con los jíbaros, pedía 50 gr fiados y los tenía que pagar en 3 mil lucas. 3 billetes de mil de los rosados y con eso le sacaba el doble. Vendía droga y por ahí empecé a deteriorarme moralmente” (JL, A. 1.3)

“Matar. El pana me dijo “si lo matas te regalo una bomba (referido a un paquete de droga). Pedí prestada una pistola a una de las culebras del tipo. Recuerdo que me drogué muy rico para prepararme para cometer esa vaina”, (JL, A. 1.3)

A.4 Abstinencia: Distintas maneras de describir su necesidad por consumir que en ocasiones se manifestaba con malestares físicos y/o mentales.

“Bueno en ese momento es una sensación real de muerte: sudoración, ansiedad, contracción del estómago muy fuerte” (AB A.1.4)

“Recorrí muchos hoteles de caracas, solo me metía a consumir, consumía y ni para que contarte lo que me sucedía en esas habitaciones cuando no tenía más droga; alucinaba, tenía mucha paranoia, no sé cómo no me dio algo peor” (WF, A. 1.5)

A.5 Caracterización de un adicto: manera de pensar, sentir y actuar de los entrevistados con respecto a la adicción.

“Yo planifiqué un robo en el cine, yo lo planifiqué. Les di las claves de las puertas, les dije lo que iban a hacer. Toda esa serie de datos se las di yo y ellos ejecutaron el robo. Y bueno, yo me fui de rumba con parte de lo que me tocó del dinero y bueno, me perdí del cine como una semana. Duré en la PTJ como 3 días en esa investigación y no pudieron sacarme nada,

nunca confesé nada, yo todo lo negué. No y no y no. Aguanté la presión y los golpes y todo lo que me hicieron, pero salí ileso de allí" (WF, B, 2.4)

Tabla 11.

Dimensión B: Situación de calle

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
B. Situación de calle	2.1 Motivo de llegada	
	2.2 Dificultades en calle	
	2.3 Mecanismos de supervivencia	2.3.1 Alimentación
		2.3.2 Vestimenta
		2.3.3 Salud
	2.3.4 Seguridad	
2.4 Relaciones interpersonales	2.4.1 Grupos antagónicos	
2.5 Conductas delictivas	2.5.1 Antecedentes penales	

B. Situación de calle: tal y como confirman los autores, la situación de calle refiere a carecer de una infraestructura para resguardarse y desenvolverse en actividades diarias. Por tanto, el uso de la vía pública para este fin, así como el alojamiento en albergues, pago de habitaciones temporales o viviendas improvisadas, ubican a esta población en la situación más sensible de exclusión y vulnerabilidad.

A continuación se presentan cómo estas personas llegaron a estar en situación de calle, qué situaciones o eventos conlleva esta condición y cómo sobrevivieron a este fenómeno. Esta información se desprende de las preguntas 32, 32, 34, 35, 36 37, 40, 41.

La respuesta a estas preguntas construyen las categorías:

2.1 Motivo de llegada: por lo general, el alcoholismo, el consumo de sustancias ilícitas, los trastornos mentales y problemas emocionales son las causas que se convierten en la consecuencia directa de encontrarse en situación de calle y, en la mayoría, son las causas de su permanencia en la calle.

Los entrevistados explicaron los factores o vivencias que intervinieron para ingresar a vivir en las calles, al igual que procesos de desafiliación familiar y laboral.

“A los cuatro meses de haber salido de tratamiento tuve recaída, y de ahí en adelante comienza mi carrera adictiva en función a la situación de calle. Ya venía armándome en situación de calle antes, pero con esta recaída ya la familia no podía con una situación como esa y fui tan inteligente que yo me fui antes que me botaran, y antes de seguir haciéndoles más daño.” (AB, B, 2.1)

“Un día decidí dejar el trabajo por completo y tirarme al abandono pues. Salí un fin de semana y tenía plata porque me habían dado mi liquidación y me quedé en la calle definitivo para poder consumir” (EP, B, 2.1)

“Tenía 33 años cuando caí en situación real de calle que no tenía hogar. Me dejó la tipa que tenía en una rabia, en una depresión. Después de esa relación con ella yo monté una piedra por primera vez y fue una vaina muy rica, es lo más rico del mundo que he probado. La sensación que da la piedra es como un orgasmo. La nota de la piedra es fumarla, por eso caemos en calle, porque la nota es fumarla” (JL, B, 2.1)

“Cuando se me estaba acabando el dinero decidí no pagar más dinero en hoteles porque quería más dinero para sustancias y alcohol. Las dos estaban combinadas, y fue cuando llegué a la calle como tal” (WF, B, 2.1)

2.2 Dificultades en calle:

“Tuve que aprender a sobrevivir a la orilla del Guaire más de una vez, caerme a puñaladas, a golpes. Casi todos los días la policía me llevaba detenido para evitar que se produjeran robos, era como una estrategia de ellos para prevenir que no sucedieran muchas cosas mayores” (AB, B, 2.2)

“La cara más dura de la calle es la convivencia, porque así como tú no crees en nadie, hay miles de tipos pensando igual que tú. El mismo tipo que tienes al lado te quiere robar la caleta, cualquiera conspira para robarte, es un todos contra todos.” (JL, B, 2.2)

“Uno tiene es que sobrevivir, que no te vayan a buscar de dañar en la calle o de hacerte daño, ni la policía o los mismos indigentes que están en la calle, y buscar la manera de conseguir dinero para la sustancia. Y cuando se podía comer, bueno, comprar comida.” (WF, B, 2.2)

2.3 Mecanismos de supervivencia: la estadía en situación de calle complejiza las

actividades de necesidad básica como la alimentación, salud, higiene y resguardo de integridad física. A su vez, las formas de conseguir dinero para sostener el consumo también diversifican las estrategias formales o delictivas para sobrevivir en calle.

Dentro de los medios que permiten obtener los recursos para subsistir, existen múltiples estrategias que les permiten satisfacer diariamente las necesidades básicas de las personas en situación de calle. Algunas de estas se constituyen como un trabajo informal; es decir, tareas ocasionales e independientes de un empleador. Otras estrategias, en cambio, dependen de la disposición de ayuda de la sociedad, la mendicidad, el robo y venta de artículos o prostitución.

Los discursos de los participantes exponen todos los eventos o situaciones que hacen referencia a los riesgos de permanecer en la calle y las estrategias a las que apelaron durante su vivencia en la misma, para cubrir sus necesidades básicas pese a las adversidades de su realidad y el entorno.

2.3.1 Alimentación: modo de conseguir alimentos durante situación de calle.

"Comía de los contenedores, o cuando ganaba buen dinero robado me compraba comida y drogas" (AB, B, 2.3)

"Bajo un puente. Ahí comía de los container de basura cuando se me había acabado la plata, porque el dinero no dura absolutamente nada cuando estamos hablando de adicción. El adicto no piensa en comer. El adicto pierde esa sensibilidad de sentirse bien. El estar bien le fastidia al adicto." (EP, B, 2.3)

"La comunicación era por la ventana. Cuando yo llegaba no me abrían las puertas, por la ventana me daban ropa para cambiarme y comida." (JL, B, 2.3)

"Cuando llegaba el aseo en la noche, yo llegaba a ayudar al camión y los conserjes veían eso y siempre me ganaba algo para la sustancia o para comprar comida, pero prefería comprar sustancia que comida, prefería consumir que alimentarme." (WF, B, 2.3)

2.3.2 Vestimenta: formas de obtención de indumentaria durante la situación de calle.

"No me bañaba, no me vestía. Yo andaba hediondo porque yo salí de mi

casa con una bolsa de ropa y toda esa ropa la vendía para consumir. Me quedé con un pantalón y una camisa, y a veces llegaba una señora y me decía "mire mijo, para que se cambie" y me daba unos zapaticos, un pantalón o una camisa." (EP, B, 2.4)

"Por esa parte, en los edificios que están por La Paz yo ayudaba a los conserjes a sacar las bolsas de basura, y eso me permitió ciertos beneficios. Por lo menos, si había ropa, yo la agarraba y muchas veces los conserjes me daban desayuno." (WF, B, 2.4)

2.3.3 Salud: asistencia a centros de atención médica y estrategias de autocuidado para mantener estándares mínimos de salubridad durante la situación de calle.

"Es irónico, pero todas las enfermedades me salieron cuando estaba en el centro de rehabilitación, pero en calle si me enfermé yo ni lo sentía porque la mayoría del tiempo estaba drogado." (WF, B, 2.5)

"Mayormente me vendaba con lo que consiguiera por ahí. Muchas veces corría al médico. Si hay una cosa que tiene la persona que está en calle, es que es muy astuto, muy habilidoso." (AB, B, 2.5)

2.3.4 Seguridad: tácticas empleadas por los participantes para resguardar su integridad física, tanto a través de alianzas con cuerpos de seguridad, así como grupos de protección con pares en situación de calle para afrontar adversidades del medio y grupos antagónicos.

"Siempre hay que andar en grupo, si andaba solo tenía que caminar toda la noche como un loco porque en ninguna parte te ibas a poder quedar. En el grupo siempre había una persona, el que más tiempo tenía ahí, y se sabía todo; incluso conocía policías, y si llegaban, él hablaba con ellos y era como nuestro líder." (WF, B, 2.6)

"Tenía diferencias con otros. Habían partes en el barrio en los que no le podía lavar el carro a nadie porque era zona de otros. Yo era un tipo muy neutral, yo podía pasar a los dos lados de la culebra (el peo), yo era tan amigo como los de este lado y los del otro, en Propatria" (JL, B, 2.6)

2.4 Relaciones interpersonales: valor atribuido a los vínculos sociales construidos durante la experiencia en situación de calle para su bienestar o para su deterioro.

"Ninguno, y yo no tenía ningún valor para ellos. Nadie me ayudaba, solo me utilizaban. Todo era un interés 'yo te hago esto y tú me pagas'. La explotación del adicto es la explotación del humano; el sistema te utiliza, te explota y te desecha. Nadie me regalaba nada por nada, y lo que me daban era una ayuda falsa" (JL, B, 2.4)

"En consumo estuve en grupo. Tres, cuatro o cinco personas compartimos las sustancias y el alcohol. Vuelvo y te repito, cuando están las sustancias, siempre está el compartir, pero cuando se agota y se acaba la sustancia, todo el mundo se dispersa." (EF, B, 2.4)

"Mayormente, el valor que tienen las personas que andan juntos en calle, es el valor de la manada como la de los lobos. Nos protegemos entre nosotros, compartimos y nos peleamos entre nosotros; compartimos los espacios de convivencia, pueden ser de repente los Bugalú, como le dicen que son los sitios donde te quedas, compartes la comida, compartes la droga, compartes el alcohol, compartes los momentos de soledad en el caso de los compañeros, compartes la nota, compartes los riesgos, compartes los éxitos o lo que se puede llamar éxito entre esos espacios, como por ejemplo robar y compartir lo que te robaste." (AB, B, 2.4)

2.4.1 Grupos antagónicos: personas o grupos con los que tuvieron que enfrentarse por algún motivo estando en situación de calle.

"Pelemos por el respeto y el derecho a sentirte parte del grupo sin tener que ser reprimido. Como que la ley del más fuerte es como demostrar que tu eres tan fuerte como el otro, o tan audaz para sobrevivir como el otro, y ese se apega a ti porque dice 'nada, con este puedo sobrevivir' y entre los dos somos ganadores." (AB, B, 2.4)

"Más que todo eran peleas. Nos caíamos a botellazos, palazos, pero peleándonos la zona para dormir, porque en el día tú ibas a recoger por ahí latas y cosas, o buscar la manera de quitarle algo a alguien para en la noche consumir y llegar ahí para dormir o sentirte más o menos protegido y los policías no te veían. Los otros querían ese sitio y entonces comenzaban las riñas, por eso siempre hay que andar en grupo, si andaba solo tenía que caminar toda la noche como un loco porque en ninguna parte te ibas a poder quedar.

"Los ataques de la policía, que te corrían, y si te agarraban te daban golpes. Pero siempre estábamos pendientes de eso. " (WF, B ,2.4)

2.5 Conductas delictivas: comúnmente, las personas en situación de calle recalcan el robo, hurto, lesiones personales u homicidio, como forma de enfrentarse a las carencias del diario vivir, y lo asocian a la manera fácil de obtener dinero o drogas. Para los entrevistados, estos actos delictivos cometidos durante la situación de calle representaron método de obtención de recompensa o supervivencia.

"Yo en mi haber tengo cuatro homicidios. El primer muerto mío, yo me drogué para matarlo, tenía 37 años y el tipo me humilló delante de todo el mundo porque yo le caía mal. Él era un tipo muy parecido, pero decía que yo era del otro bando; esa noche yo me sentí muy mal. Los otros muertos fueron en medio de un tiroteo con los panas que me llevaban porque sabían que yo le echaba bolas, y yo por tener fama con los malandros, yo iba." (JL, B , 2.4)

"Bueno, agarré al señor por el cuello, le quite el reloj, vinieron unos tipos que estaban por ahí y me rodearon. Yo agarré una botella y les caí a botellazos y arranqué a correr con el reloj en el bolsillo... robábamos plantas, reproductores, cornetas de los carros que era mucho más sencillo sacar, pero igual vendemos equipos de sonidos, licuadoras, lo que fuese, porque nosotros nos metimos dentro de las casas" (AB, B , 2.4)

2.5.1 Antecedentes judiciales: causas por las que estuvieron privados de libertad, antes o después de estar en situación de calle, así como las experiencias vividas dentro de la cárcel.

"Sí. Homicidio intencional. Me dieron un contrato en CANTV del CCCT como seguridad interna; estaba con joyas, prendas de oro, perico, cocaína y me meto al baño a darme mis "taparosos", darme mis pases de perico. Cuando vengo saliendo, un oficial de la Policía Metropolitana, un sargento, me pega contra la pared, busca la manera de como esposarme y yo saqué el armamento. Ya me había despojado de la cadena porque me la arrancó, me sacó la cadena, saqué el armamento y le di dos tiros, así sin anestesia. Estuve tres años privado de libertad en El Monstruo de los Flores de Catia" (EP, B, 2.4)

"Estuve preso en el 2010 por 43 días. Yo estuve 3 años preso. Primero un año y luego dos más en la cárcel. También me manejé con mi cuchillo. La primera vez que me metieron preso, fue a los 19 años que me robé una pistola y me mandaron para el cuartel San Carlos. Después, el muerto que yo pagué judicialmente no lo maté yo, lo mató una pana. Entré en el rodeo y no consumí, me enteré que ahí estaban amigos míos del barrio que me recibieron y estaban conmigo. No consumí porque no quise, no quería ser un chigüire. Me junté con un pana que era el tercero en el "carro". Es la estructura de los presos: pran, vocero, vocero uno, vocero dos. Y el pran lleva el carro y hay jerarquías." (JL, B, 2.4)

Tabla 12.

Dimensión C: Rehabilitación

DIMENSIONES		CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
C.	Rehabilitación	3.1 Motivo de ingreso	
		3.2 Etapas del tratamiento	3.2.1 Adaptación
			3.2.2 Conciencia e identificación
			3.2.3 Inclusión social
			3.2.4 Seguimiento y control
		3.3 Institución de rehabilitación	3.3.1 Institución pública
			3.3.2 Institución privada
			3.3.3 Recaídas post rehabilitación
		3.4 Proyecto de vida	
		3.5 Asistencia a grupos de apoyo posterior a la rehabilitación	

C. Rehabilitación: el abandono del consumo de sustancias constituye una parte integral de cualquier programa de tratamiento y rehabilitación que se proponga lograr el restablecimiento pleno del individuo. Cualquier tratamiento debe ayudar al adicto a dejar de usar las drogas, a mantener un estilo de vida libre de las mismas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

Algunos factores dificultan la rehabilitación; entre ellos, el problema de mantener conductas antisociales instauradas y el autoconcepto.

Los entrevistados compartieron contenido referente al proceso y experiencia de rehabilitación al cual se sometieron para detener el consumo, superar la situación de

calle y reinsertarse nuevamente en el ámbito familiar, social y laboral. De igual forma, comentaron sus recaídas, comportamientos y miedos.

A continuación se presentan algunos de los discursos de los entrevistados en relación a esta dimensión. Estas categorías y subcategorías se desprenden de las preguntas: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

3.1 Motivo de Ingreso: aún cuando la adicción es una enfermedad cerebral y una patología según el DSM-V, que genera estragos en la salud y estilo de vida de una persona, esto no quiere decir que el adicto se encuentra condenado a esta enfermedad. Por lo general, el deseo de parar el consumo está presente en los adictos pero no necesariamente con la misma determinación para todos.

Cada participante comentó la experiencia individual y los factores que propiciaron la decisión de ingresar a un tratamiento de rehabilitación.

"Lo que realmente me motivó a salir de las calles fue que casi a lo ultimo me dieron una puñalada dormido en la boca del estómago (mostró cicatriz). Estuve 10 días hospitalizado, un hombre barbudo, un hombre piche. El dolor, el fondo, la tristeza de sentirme solo, de verme ya prácticamente en la muerte. La piedra angular de todo proceso de recuperación es el dolor y el sufrimiento. Ya dejó de ser divertido consumir drogas y se convirtió en una necesidad, ya dejó de ser divertido y chévere compartir con los compañeros, con los chamos, con los amigos y me convertí en un ser solitario, egoísta y bueno, todas esas condiciones que se le van acrecentando a uno y bueno, ya estaba comenzando a sufrir las millas de la calle. Me atropelló un carro y quedé con la pierna hinchada, pasé muchísima hambre y sed y ninguno de mis grandes amigos se acercó a darme un sorbo de agua ni un pedazo de pan, todos estaban en su mundo y yo aguantando mi dolor inclusive" (AB, C , 3.1)

"Compré 200 pitillos de crack y compré alcohol. Esa noche me cogí como a cinco lateras, era yo en mi mejor momento; todos lo panas querían estar conmigo, pero como a la 1:00AM ya estaba solo, en silencio total en el barrio, sentado en mi tobo fumando piedra. Ya me dolía la garganta de tanto fumar y llegó el momento, no sé si fue Dios o mi mamá, pero me cansé" (JL, C , 3.1)

"Mis hijos me consiguieron en la calle en la Plaza Sucre que era mi área de hábitat y me invitaron a ver si podía intentar cambiar mi vida. Entonces mi hija me dice que me iba a regalar un ticket de metro y yo le dije que yo no iba a ningún lado, y me indicó que no era para que fuera a ningún lado sino para que me tirara al metro y me muriera de una vez. Y en mi locura que yo tenía de adicción y de alcoholismo, yo decía "oye, qué broma tan seria. Mis hijos me están deseando la muerte". Mi hija me dijo que ella no me estaba deseando la muerte, y me dijo que yo me estaba matando solo y los estaba matando a ellos. Me dijo que así me iban a recordar el día de mi cumpleaños y el día de mi muerte. Eso fue un stop en la vida del adicto, en la vida de Popeye, y entonces dije "bueno, vamos a intentarlo pues". Eso fue un día domingo, fuimos al Hospital Psiquiátrico de Caracas y desde entonces, hace 15 años, me funcionó ese proyecto de vida." (EP, C, 3.1)

"Ya estaba cansado de la calle, del hambre, de la vergüenza y que la gente te pasaba y te señalan o se asustaban porque les daba miedo que los fueras a robar o que les fueras a hacer daño, y en mi caso yo decía 'yo no soy así', dentro de mí yo siempre decía yo no soy así, yo no soy malo, todo eso que yo era en ese momento dentro de mí, yo lo negaba y eso me daba fuerza y fue lo que me ayudó a salir adelante y llegar hasta donde estoy hoy en día" (WF, C , 3.1)

3.2 Etapas del Tratamiento: la recuperación de la drogadicción es un proceso a largo plazo y con frecuencia requiere varios ciclos de tratamiento.

Las investigaciones indican que la mayoría de los pacientes requieren por lo menos tres meses de tratamiento para reducir de forma significativa o detener el consumo de drogas, pero que los mejores resultados se logran con periodos más largos de tratamiento.

Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas del paciente, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultural de cada paciente.

Todos los entrevistados compartieron los testimonios de las fases realizadas en el proceso de rehabilitación.

3.2.1 Adaptación: características de la etapa inicial de un tratamiento de rehabilitación.

"Cuando llegas, es una etapa de adaptación. Debes adaptarte a normas de convivencia, normas de cuando están en los grupos, cuando estás haciendo deporte, cuando están en el comedor, viendo tv" (WF, C , 3.2)

"El tratamiento tenía 3 fases: primera fase, adaptación, segunda fase y después integración. Eso tenía un tiempo de 90-100 días, la fase de adaptación donde se aprende a respetar las normas, cumplimiento de ordenar, adquirir nuevas conductas y bueno, yo dure 6 meses en la etapa de adaptación porque no me podían subir de etapa porque yo continuaba con la misma conducta con la que llegué. Era desordenado, habilidoso, mentiroso" (JL, C , 3.1)

"Primero, es un proceso de inducción y de adaptación que es muy difícil porque yo venía con conductas agresivas, de instintos de sobrevivencia, de ser sometedor y de no dejarme someter con ninguno. Con muchos miedos. En ese proceso de adaptación, empecé a entender que tenía que involucrarme en el proceso." (AB, C, 3.1)

"La adaptación, sistematización de la personas en tratamiento, tiene primero que adaptarse a crear la conciencia de enfermedad, orientarlo hacia la viabilidad de lo que es el proyecto de vida que son los primeros puntos que se tocan en su primera fase de tratamiento." (EP, C. 3.1)

3.2.2 Conciencia e Identificación: proceso de aceptación e identificación de problemas adictivos y psicológicos.

"La segunda etapa es la identificación. Empiezas a identificar tus problemas, por qué esas ansias de consumo, por qué esa rabia, por qué ese descontrol, esos sentimientos que tienes de tristeza, de dolor... La gran mayoría vienen de la infancia, por cosas que sucedieron en mi casa." (WF, C , 3.2)

"Bueno, mi pana me explicó por qué no había pasado a la segunda fase, me dijo: "de todo este poco de tipos que están aquí, tú eres el único que se puede salvar", eso me llegó. Empecé a estudiarme a mí mismo, a escribir, a verme yo mismo; solicité terapia individual extra a parte de la terapia semanal de 45 minutos, yo quería que todo fuera como yo quisiera y entendí que si

seguía haciendo lo mismo, iba a tener los mismos resultados, y fue tan hermoso que pedí mi terapia, empecé a respetar los términos del centro y me dieron el valor que yo me merecía, y al mes ya estaba de permiso y pasé a la segunda fase. Ya era el entrenador del equipo, y ahí fue cuando comprendí que en la vida todo se gana, que en la vida todo se valora, que el tipo más sano del mundo hace trampa pero no se engaña a sí mismo.” (JL, C. 3.2)

“Todavía la segunda fase de Funda Ribas, que es la fase de conciencia, esa fase los adictos no la manejamos como tal porque venimos arrastrando tantos años de consumo... y cómo hacemos de la noche a la mañana con 15-20 días, que es lo que dura cada periodo de fase, adaptarnos, orientarnos y visualizar tu conciencia de enfermedad. Entonces lo que sucede es que la realidad se enfoca en la dificultad que tiene la persona en ser adicto, y es donde se empieza a trabajar lo emocional, lo psicológico, lo terapéutico, lo familiar, lo comunitario, lo laboral, lo educativo, y entonces a cada uno tiene que darle su puesto o su punto de despegue, eso está estipulado en un proyecto de vida de metas a corto, mediano y largo plazo.” (EP, C. 3.2)

3.2.3 Inclusión Social: etapa de reinserción y reestructuración de valores y convivencia en sociedad.

“Es que yo no podía creer que la sociedad me iba a aceptar, yo no podía creer que yo pudiera brindar la confianza para que me dieran un empleo. Te acuerdas que yo venía de 8 años de situación de calle y de no sé cuantos sin trabajar, y yo nunca llegué a durar más de un mes en un trabajo, lo máximo que dure fueron 6 meses y era de vigilante donde igual consumía, donde robaba, donde inventaba y me iba con la pistola y hacía de todo.” (AB, C, 3.2)

“Un ciudadano, cuando ha superado sus tres primeras fases, podemos decir que ya está siendo un candidato para una posible inclusión social definitiva, porque viene la última fase que es la cuarta, de inclusión social, seguimiento y control o acompañamiento.” (EP, C. 3.2)

“La última etapa es la inclusión social, para cada etapa había una actividad de reconocimiento. Cada vez que subías de nivel, hacíamos una fiesta con los familiares, nos daban un diploma por ese logro. Cuando llegabas a la etapa de inclusión social, ya estabas preparándote para ir a la sociedad

nuevamente, pero obviamente ya tenías las cualidades, ya habías identificado tus problemas, ya los habías conciliado y lo que falta es la estabilidad laboral y con la sociedad o tu familia.” (W F, C. 3.2)

3.2.4 Seguimiento y control: acompañamiento del rehabilitado posterior a un tratamiento de rehabilitación.

“Luego que salí de alta, he tenido control de seguimiento con ellos, con Negra Hipólita, pero no me gustaba la dinámica que ellos tenían; no me sentía cómodo porque ellos hablaban muy mal de los pacientes” (WF, C. 3.2)

“Luego viene el proceso de cambio y acción, luego viene el proceso de mantenimiento, y por último viene el proceso de inclusión social que viene siendo control y seguimiento.” (AB, C. 3.2)

“Seguimiento porque nosotros queremos que esas metas a corto, mediano y largo plazo en su proyecto de vida sean viables y que se cumplan tal como se lo propuso el ciudadano y no como se lo impuso el terapeuta. Luego viene la inclusión educativa y la inclusión comunitaria, que es donde se tiene que reparar ante la sociedad el daño causado, pero cuando llegas a una institución, tú tienes que reparar porque sino no tendrás sentido de pertenencia. Lo logramos mediante servicio comunitario para que el ciudadano interactúe con la comunidad y se vaya adaptando y no tiene ese sentimiento de culpa porque siente que la comunidad ya lo perdona y lo acepta nuevamente. Es darle la sensación al usuario de que el daño se está reparando.” (EP, C. 3.2)

3.3 Institución de Rehabilitación: centros de asistencia a personas en situación de adicción que ofrecen tratamientos de rehabilitación y programas de reinserción.

3.3.1 Institución Pública: críticas, comentarios o reflexiones referentes al tratamiento público recibido. También hacia los organismos encargados de la prevención del consumo de sustancias en Venezuela.

“Para mí el sistema de tratamiento no está adaptado al nuevo tiempo, ni a las drogas ni nada. Como es en la inclusión laboral, yo tengo la experiencia de hablar con más de 5.000 adictos que han salido de las drogas de cualquier manera: cristiana, alcohólicos anónimos, José Félix Ribas, a todos los hemos

reunido y hemos apoyado. Ser director de estado en Mérida, Portuguesa y fui el último director aquí en Caracas, antes que derrumbaran esta misión Negra Hipólita que cogió otro camino, sufrió una reestructuración, le dieron muchos golpes.” (JL, C. 3.3)

“Yo soy rehabilitado y veo con dolor la situación actual porque ¿qué hago yo con darle a ese ciudadano un albergue si no tengo con qué ponerlo a producir? Entonces le das diez mil o veinte mil bolívares en una cuenta y se lo consumen. Por ejemplo, Oliver, que fue el estandarte del comandante Hugo Chávez que lo sacó de las Torres del Silencio, le dieron un apartamento, un carro y una cuenta bancaria y todo eso se lo fumó porque no tiene una conciencia de enfermedad y no tiene una inclusión social laboral definida” (EP, C. 3.3)

“La inclusión laboral es una de las de las fallas de Negra Hipólita. Ellos cuando ya están en la etapa de inclusión social, ya puedes salir a la calle con un seguimiento y puedes salir solo, ir a ver a tu familia; todo lo puedes salir a hacer solo, y obviamente puedes salir a buscar trabajo pero no tenemos un buen nivel educativo ni profesional”(EP, C. 3.3)

“Si no eras bachiller, lo máximo que podías encontrar era un trabajo de mantenimiento o de vigilante, era lo que todo el mundo trabajaba. Que trabajar de noche te recrea porque cuando tú estás en el consumo todo lo hacías de noche, tu vida era nocturna entonces eso te moviliza, entonces muchas personas recaían porque estaban trabajando y le daban las ansias del consumo y de repente, si eras seguridad en un centro comercial donde hay muchos vigilantes, siempre hay uno que está mal encaminado, y si tú lo ves consumiendo y si estás debilitado, fácilmente consumes; por lo tanto es un factor de riesgo. La droga está en todos lados”. (EP, C. 3.3)

“Entonces es una de las críticas que hacemos, porque me mandas a la calle sin estar preparado, entonces empezaron a implementar que los que no tenían bachillerato, estudiaban en la misión Robinson. Eso hoy en día lo hacen, pero igual se hacía muy difícil y eso alargaba el tratamiento porque no encontraban un trabajo y uno de los requisitos para tu poder salir egresado, era que ya tuvieras una estabilidad laboral”. (WF, C. 3.3)

“A veces no llegan las dotaciones porque allí adentro te dan todo. Cuando tú

llegas, allí no te hace falta más nada sino que te vayan a visitar porque tienes techo, medicamentos, comida, terapia psicológica, psiquiátrica, trabajador social y te dotan de todo. Siempre había unas áreas que fallaban y junto con otros compañeros que teníamos las cualidades y capacidades de expresarnos, lo decíamos.” (WF, C. 3.3)

3.3.2 Institución Privada: críticas, comentarios o reflexiones referentes al tratamiento privado.

“Un tratamiento está costando casi 600.000 mil bsf mensual en una clínica privada. Una persona de escasos recursos puede tener para pagar esa cantidad un mes pero después no puede pagarlo, entonces qué hacemos con ese ciudadano o ese usuario que gastó esa cantidad de dinero por el proyecto de tratamiento o un programa de rehabilitación”. (EP.C.3.3.2)

“Yo pienso de dónde iba a sacar dinero para recuperarme, un tratamiento privado hoy en día son mínimo 40.000 mil bsf mensual y todo eso me lo dio Chávez gratis”. (JL.C.3.3.2)

3.5 Recaídas post rehabilitación: como sucede con otras enfermedades crónicas, puede haber recaídas en el abuso de drogas, lo que indica la necesidad de restablecer o ajustar el tratamiento. Puesto que muchas personas suelen dejar el tratamiento prematuramente, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes en tratamiento.

Los reportes verbales de los participantes indican el número de veces que los entrevistados retomaron el consumo luego de haberse rehabilitado en una institución pública o privada.

“No terminé el tratamiento porque me vi bonito, gordito, bien vestido; ya no estaba feo pa’ la foto y creí que eso era suficiente. Abandoné el tratamiento y a los cuatro meses de haber salido, tuve recaída y de ahí en adelante comienza mi carrera adictiva en función a la situación de calle” (AB, C. 3.3)

“A los 27 años un amigo basquetero me ve en una discoteca todo drogado y habla conmigo de un tratamiento de rehabilitación en Maracay y yo al verme solo, mis hermanas ya no me hablaban, la mujer me dejó; entonces acepté

la ayuda de mi amigo, pero yo me estaba engañando a mí mismo, yo estaba era concentrado en conquistar a mi mujer. Salí a los 90 días del tratamiento porque presenté una conducta falsa, la evolución psicológica de ellos era que yo ya estaba apto para salir para la calle, o sea, ya podía hacer un tratamiento ambulatorio, pero dentro de mí yo estaba era en una fantasía, pero yo solo quería salir a consumir y recuperar mi culito. Pero la verdad yo aparenté hacer un tratamiento, yo me estaba mintiendo a mí mismo, yo estaba fundido, me faltaba amor.” (JL, C. 3.3)

“Fue hace cuatro años. Mataron a mi hermano y no la supe manejar pero caí con el alcohol y llegue a Funda Ribas y comencé a hacer mi tratamiento ahí. Es diferente, incluso aún continuo con ellos; es solo una vez a la semana, eso es como una enfermedad: tú no te puedes distanciar del tratamiento. Yo me siento bien estando en tratamiento, siempre me gusta ayudar a otros con estos temas porque eso aporta conocimientos.” (WF, C. 3.3)

3.5 Proyecto de Vida: se conoce como proyecto de vida la configuración de un plan de expectativas y metas realistas a corto, mediano y largo plazo que guiarán el comportamiento de los entrevistados posterior al tratamiento de rehabilitación.

“Para mí un proyecto de vida, según lo que me enseñaron en el tratamiento, es la planificación de tu vida: cómo organizas tu vida una vez terminado el tratamiento. Yo hago un proyecto de vida y en estos momentos que estamos viviendo, yo dejé la droga y ahora qué coño hago. Las personas que estamos en situación de calle y droga, no llegamos ni a sexto grado y en un centro duramos un año, reestructuramos nuestra vida, tenemos valores, estudias, trabajas. Pero ¿cómo lo haces en realidad? Cómo haces tú realidad un proyecto de vida en esta época con esta situación del país” (JL, C. 3.4)

“El noventa por ciento de los proyectos de vida planificados por personas adictas se cae, porque no tengo trabajo, no tengo donde vivir, tengo hijos, tengo una familia compuesta educada pero no hay convivencia, donde como, donde trabajo. La planificación es muy bonita pero el sistema es otro” (JL, C. 3.4)

“Yo no escribí un proyecto de vida porque eso en la calle no me iba a funcionar, porque yo tenía tres hermanas en una casa, con un papá muerto y una mamá y mis hermanas no trabajan, no tengo pareja. Cuando salgo de la droga, usé mis mismas habilidades para consumir, para mantenerme sano. Primero me he mantenido sano por nueve años. Monté en el barrio una escuela de baloncesto, fui a la Misión Ribas en el centro” (JL, C. 3.4)

“Al tiempo hice un intercambio de bloque. Voy a hablar con los jíbaros (vendedores de alto rango de droga), hablo con los panas que están en los consejos comunales y volví a salir del barranco con otra visión, siempre respetando mis límites. Y era que siempre a las 7 de la noche ya estaba en mi casa, cenaba con mi familia, tenía más de quince años que no cenaba con mi familia y eso fue enamorando mi vida. La gente me veía y decía que era puro paro, mi vida comienza de nuevo con el deporte, monto la escuela, abro una cancha, comencé un torneo con dos compañeros, me empezó a generar una entrada, hice negocio con el ministerio del deporte, con un pana, con el otro, con los bodegueros y la licorería y ya tenía en la escuela 90 niños y así comencé a verle el queso a la tostada. No era mucho pero era mejor que hacer nada, un pana me regalaba unos zapatos y así” (JL, C. 3.4)

“Es un plan de formación interna y externa, es como decir el cronograma de lo que yo voy a hacer con mi vida a futuro y la vida de los que me rodean. Yo desde pequeño he tenido la inquietud de ser formador de formadores. Trabajé en el barrio donde vivo como promotor deportivo, como promotor social, me involucraba mucho en la comunidad con estas actividades y las metas mías eran ayudar a otras personas inclusive antes de caer en calle”. (EP, C. 3.4)

“Yo comencé a muy temprana edad el consumo de droga y ese consumo de droga me ayudaba a socializar en otra parte pues o en otros espacios tanto en lo educativo, en lo laboral. Siempre andaba involucrado y buscaba la manera de ayudar en algo, así estuviera deteriorado” (EP, C. 3.4)

“En el tratamiento de rehabilitación me enseñaron a poner en práctica ese proyecto de vida y en este momento quiero terminar mi formación de grado en estudios políticos. Después vendrá una especialización, prepararme

mejor porque mi meta en este momento es culminar mi proceso de enseñanza siendo director de centro, porque veo que los programas de formación como tal para los que están recibiendo tratamiento no es el acorde, y quisiera llegar al centro para cambiar esa política porque existe una sistema nacional para las adiciones pero como lo pintan, a la realidad, es otra cosa” (EP, C. 3.4)

“Un proyecto de vida se trata de organizar tus ideas, metas a cumplir a corto, medio y largo plazo. En ese proceso debe estar incluido lo social, lo cultural, lo académico, lo económico, lo deportivo, las relaciones interpersonales, pero básicamente los valores, cuáles serían los valores en este caso: familia, trabajo, valor a los estudios y el valor a la salud” (AB, 3. 3.4)

“Yo quiero comenzar a ser dueño de mi propia empresa, yo tengo unos objetivos planteados con un equipo de trabajo donde queremos crear una fundación de capacitación profesional para el bienestar emocional de Venezuela. Esto con fines de crear una institución universitaria, estamos creando una universidad pionera donde entrarán las corrientes en búsqueda del bienestar como el PNL, gestalt y constelaciones que sea considera como una carrera técnica.” (AB, 3. 3.4)

“El proyecto lo ejecutas cuando estás en la parte de inclusión social, tenía que presentar un proyecto de vida y tener un empleo para que me dieran de alta. El proyecto de vida contiene una biografía desde lo más pequeñito que estaba, y esa parte te mueve mucho porque mueves todas esas emociones; y si había algo qué reforzar, se trabaja con la psicólogo, pero más que todo es planificarte con tus metas a corto, medio y largo plazo, pero entonces metas que sean ejecutables, que sean creíbles no que de aquí a dos meses pretender ser dueño de un banco, aunque muchos caíamos en ese error y ahí empezaba la ayuda, la guía para que tú ejecutaras eso correctamente y empezar a hacerlo con realismo. Por lo menos, una de mis metas era encontrar un empleo, lo finalizas cuando te lo apruebas y cuando es creíble todo eso que dices”. (AB, 3. 3.4)

“Mi proyecto de vida al principio, cuando salí de Negra Hipólita, era recuperar a mi familia, conciliar la relación con mi mamá, esposa y mis hijos.

Eso lo logré. Tener un buen empleo, y eso también lo logré. En cuanto a mis estudios, estaban a mediano plazo, pero ahora es que estoy estudiando y sí he ido ejecutando tal cual como yo me lo programé”. (WF, C. 3.4)

3.5 Asistencia a grupos de apoyo posterior a la rehabilitación: los grupos de apoyo comprenden las reuniones con individuos que comparten un problema o situación similar, expresan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

A la persona directamente afectada, le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no se está solo.

Para los entrevistados existe una necesidad de continuar en grupos de apoyo posterior a la recuperación.

“Llegue a Funda Ribas y comencé a hacer mi tratamiento ahí. Es diferente, incluso aún continuo con ellos. Es solo una vez a la semana, eso es como una enfermedad: tú no te puedes distanciar del tratamiento. Yo me siento bien estando en tratamiento, siempre me gusta ayudar a otros con estos temas porque eso aporta conocimientos” (WF, C. 3.5)

Tabla 13.

Dimensión D: Reinserción Laboral

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
D. Reinserción Laboral	4.1 Dificultades	4.1.1 Limitaciones internas
		4.1.2 Limitaciones externas
		4.1.3 Trabajos más comunes
	4.2 Inclusión laboral	4.2.1 Aspectos positivos

La inserción laboral es un proceso integral en el que intervienen distintos factores para su realización, desde las características que presentan las personas y las oportunidades que ofrece el mercado laboral originándose un encuentro efectivo entre la empleabilidad y la ocupabilidad, Bisquerra (1992).

Por lo tanto, la reinserción no es solo el retorno a un empleo. En este caso, se da cuando intervienen todos los factores que hicieron posible ese reencuentro con el

campo laboral, como lo es la rehabilitación, inclusión social y laboral. Características que poseen hoy en día los entrevistados.

A continuación se presentan algunos de los discursos de los entrevistados en relación a esta dimensión. Estas categorías y subcategorías se desprenden de las preguntas: 13, 15, 16, 18.

4.1 Dificultades: obstáculos que experimentan los entrevistados para reinsertarse nuevamente en el campo laboral.

Esta categoría arroja dos subcategorías, ya que dentro de las dificultades que una persona encuentra en su proceso de reinserción laboral, enfrenta limitaciones internas y limitaciones externas.

4.1.1 Limitaciones Internas: hace referencia a pensamientos, sentimientos, actitudes y/o aptitudes a nivel individual que dificultan la reinserción laboral.

"Yo no podía creer que la sociedad me iba a aceptar, yo no podía creer que yo pudiera brindar la confianza para que me dieran un empleo" (AB, D, 1.1)

"En este nuevo ámbito laboral me sentía cohibido, era ese miedo de ver la realidad como persona y no enfrentarme a ese nuevo modelo de vida, porque yo salí de una cúpula protectora que es la comunidad terapéutica" (EP,D,1.1)

"Me daba miedo el rechazo porque todavía no había una aceptación en mí de lo que yo estaba haciendo" (WF, D, 1.1)

4.1.2 Limitaciones Externas: representan los obstáculos de los que no tienen control los entrevistados para poder acceder al campo laboral, tales como las políticas públicas de reinserción y postura de la empresa pública y privada.

"Recomiendan a los que están en rehabilitación que no digan en las entrevistas de trabajo que estuvieron en situación de calle, porque piensan que puedes recaer o que van a robar, es ruda la etiqueta que nos ponen" (JL,D,1.2)

"Las personas que estamos en situación de calle y droga, no llegamos ni a sexto grado y en un centro duramos un año, reestructuramos nuestra vida, tenemos valores, estudias, trabajas. Pero ¿cómo lo haces realidad?"

¿Cómo haces tú realidad un proyecto de vida en esta época con esta situación del país?" (JL, D, 1.2)

Los entrevistados manifestaron que en su proceso activo de búsqueda de empleo, se enfrentan a limitadas oportunidades de trabajo ya que en su mayoría son trabajos operativos, debido a su falta de experiencia y bajo nivel académico.

4.1.3 Trabajos más comunes: oportunidades de trabajo usuales ofrecidas a la población rehabilitada, debido a su capacitación académica/profesional.

"El 80% de los egresados solo consiguen trabajo de vigilantes, obreros, mantenimiento y eso es un factor de riesgo importante, grandísimo" (JL, D, 1.3)

"Yo empecé como asistente de mantenimiento limpiando pisos y pocetas, haciendo cualquier tipo de mantenimiento". (EP, D, 1.3)

Así como se observaron los aspectos que limitan la búsqueda de empleo, surge la subcategoría que refleja aquellos aspectos positivos que favorecen la reinserción laboral de estos cuatro entrevistados.

4.2 Inclusión Laboral: incorporación al sistema productivo en entornos laborales para alcanzar el desarrollo personal. Características de la inclusión laboral favorables para la población reinsertada.

"No me puedo quedar solo con vivir trabajando, yo tengo que profesionalizarme, tengo que hacer algo". (AB, D, 4.2)

"Me interesé mucho en ayudar a los demás y colaborar para que ellos aprendieran a leer, escribir" (WF, D, 4.2)

"Use mis mismas habilidades para consumir, para mantenerme sano; primero me he mantenido sano por nueve años. Monté en el barrio una escuela de baloncesto, fui a la Misión Ribas en el centro"(JL, D, 4.2)

Se observan factores favorables como la necesidad de seguir formándose, la adquisición y transformación de competencias, la motivación de ayudar a otros en sus procesos de recuperación. Producto de una efectiva reinserción social y laboral.

Tabla 14.

Dimensión E: Significado del Trabajo

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
E. Significado del trabajo	5.1 Antes de SDC	
	5.2 Durante situación de calle	5.2.1 Trabajos informales en SDC
	5.3 Experiencia laboral actual	5.3.1 Motivos, actitudes y valores

E. Significado del trabajo: en el significado que se le otorga al trabajo, se encuentra el sentido de ocupación laboral, o centralidad del trabajo, que se refiere al valor que implica el hecho de trabajar, el integrarse en el ámbito laboral y obtener una vía de expresión a través de las actividades realizadas, así facilita el desarrollo de los conocimientos adquiridos previamente, ejercitados a través de la práctica del trabajo. (Alcover, 2012).

A continuación se presentan algunos de los discursos de los entrevistados en relación a esta dimensión. Estas categorías y subcategorías se desprenden de las preguntas 10,11, 12, 14, 17.

5.1 Antes de situación de calle: refiere a las experiencias previas que tuvieron en el ámbito laboral, la razón y los motivos por el que trabajaban antes de entrar en estado de situación de calle.

"Realmente nunca tenía una estabilidad laboral porque yo no tenía una estabilidad de vida, no había capacitación profesional ni otros intereses que no fueran con respecto a las drogas" (AB, E, 5.2)

"Todo era una trampa. Robaba en mi trabajo, no había dedicación para el trabajo. No había ningún amor laboral"(JL, E, 5.2)

"En el mismo centro donde trabajaba la distribuían, los viernes te daban tus dos, tres bolsitas y al cobrar tenías que pagarlo"(EP, E, 5.2)

5.2 Durante situación de calle: valor atribuido al desempeño de una actividad a cambio de una recompensa durante la experiencia en calle.

De esta categoría emerge una subcategoría:

5.2.1 Trabajos informales en situación de calle: Responde a los oficios, servicios o trabajos de alta precariedad que realizaron para sobrevivir.

"Sobreviví mediante la esclavitud del barrio, de hacer lo que sea por consumir drogas. Boté escombros, hacía mandados; en palabras bonitas, todos los servicios que la gente quería hacer, yo lo hacía porque era la mano de obra más barata"(JL,E,5.2.1)

"Cuando llegaba el aseo en la noche, yo llegaba a ayudar al camión y los conserjes veían eso y siempre me ganaba algo para la sustancia o comprar comida" (WF, E, 5.2.1)

"El prostituirme. Pasaban por el puente de retorno de La Guaira cualquier cantidad de hombres y mujeres buscando los servicios sexuales y bueno" (EP, E, 5.2.1)

Producto del estado de vulnerabilidad al consumo de sustancias y la ruptura de valores, los entrevistados tuvieron que recurrir a realizar actividades económicas precarias y delictivas, como es el caso de la prostitución, tráfico de drogas, robos o cualquier tipo de actividad que les proporcionaba recompensa para su deterioro.

5.3 Experiencia laboral actual: valoración de los entrevistados hacia la actividad laboral luego de haber estado en un tratamiento de rehabilitación.

"Bueno mira, el trabajo significa la manera de dignificar al hombre o la mujer en este caso, hoy en día lo pienso y lo veo de esta forma" (EP, E, 5.3)

"Una de las bendiciones o una de las satisfacciones que he tenido después que dejé la droga, es mi trabajo que lo dedico el 80% a la formación" (JL, E, 5.3)

"El trabajo es parte de la ocupación que me permite tener una nueva estructura de orden en mi vida". (AB, E, 5.3)

5.3.1: Motivos, actitudes y valores: reestructuración del sistema de creencias y valores al igual que las razones para trabajar.

"Yo soy el sostén de la casa, el hombre de la casa, debo llevarle la alimentación a mis hijos, a mi esposa, las necesidades que tenemos, que si ropas, la distracciones, toda esa serie de cosas". (WF, E, 5.3.1)

"Para mí, dentro de este proceso, los valores se tratan de lo macro; es decir, del valor a la familia, del valor al deporte, al trabajo, a la convivencia,

a los estudios, a lo macro, a todo aquello que me rodea de manera general, el valor a la sociedad, al ser humano y que esos son los principios que hacen que estos valores tengan sentido en mi vida" (AB, E, 5.3.1)

"Me pongo mis límites, soy una persona que vive con normas, porque el que no tiene normas no tiene absolutamente nada"(EP, E, 5.3.1)

Estos discursos evidencian el efecto de una recuperación de sentido del trabajo en sus vidas, y cómo este conlleva a su satisfacción laboral y personal. Estas personas que estuvieron en un periodo de vulnerabilidad y exclusión, valoran el nuevo estatus social, económico y psicológico que el trabajo les otorga. Logrando una conducta pacífica en la sociedad, respetando las normas y siendo útiles para la sociedad y para ellos mismos.

Tabla 15.

Dimensión F: Ideología

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUB- CATEGORÍAS
F. Ideología	6.1 Ideología política	6.1.1 Dependencia ideológica
		6.1.2 Críticas al sistema
	6.2 Creencias religiosas	6.2.1 Apego a ideologías religiosas posterior a la rehabilitación.

F. Ideología: postura política y creencias religiosas que estuvieron presentes antes, durante y después de estar en situación de calle.

6.1 Ideología Política: identificación con un determinado partido político que respondiese a sus creencias sobre su postura política.

"Soy revolucionario al 100%, siempre fui tira piedra, quema cauchos, aún estando en el liceo siempre me involucraba en las tertulias de la revolución con Bandera Roja, causa R, en el 23 de enero. Frecuentaba mucho todos esos lugares mucho antes que llegara Chávez al poder". (EP,F,6.1)

"Yo siempre he estado con el Estado". (WF, F, 6.1)

Los entrevistados expresaron su afiliación e identificación con los ideales revolucionarios y su aprobación a las políticas instauradas por el ex presidente Hugo Chávez Frías. Esto implica que se sienten pertenecientes a este grupo denominado "chavistas" y por lo tanto apoyan su sistema cultural.

6.1.1 Dependencia Ideológica: influencia y el fuerte lazo que tienen con las políticas socialistas después de haber estado en un tratamiento adscrito a las misiones del Estado y que además solventan sus necesidades de trabajo, vivienda, salud y alimentación.

"Yo no tenía una estructura política establecida, pero después comienzo a darme cuenta cuando entro a mi proceso de tratamiento, que así como yo viajé a Cuba, también viajaban chamos, niños, ancianos enfermos y que eran atendidos con tanto amor. Eso me llenó muchísimo, y yo creyendo que el mundo se me está cayendo, entonces como no voy a creer en este proceso revolucionario" (AB, F, 6.1.1)

"Yo pienso, de dónde iba a sacar dinero para recuperarme, un tratamiento privado hoy en día son mínimo 40.000 mil Bsf mensual y todo eso me lo dio Chávez gratis. Me formaron gratis, me recuperaron la familia, tengo dos diplomados en prevención de drogas, entonces yo le pago eso a Chávez trabajando" (JL,F,6.1.1)

"Más allá de que el Estado tenga ciertas misiones y yo me haya beneficiado de ese periodo, que esa estructura y ese proyecto que ellos tienen con la sociedad, a mí me gusta y confío en ese proyecto" (WF,F,6.1.1)

El pensamiento humano es el objeto de cualquier ideología. En estos discursos arrojan una información interesante, ya que evidencian cómo los entrevistados en su proceso de rehabilitación y recuperación, fueron influenciados por las políticas públicas del Estado. Efectivamente, fueron beneficiados por el sistema, pero también pasaron por un proceso de alienación.

Los entrevistados estaban en un estado de fragilidad, bajo un esquema psicológico de vulnerabilidad, pasividad y dependencia, que pudieron haber sido objeto de una sustitución de conductas adictivas por otras. Estableciéndose como una relación vital en sus vidas y una nueva condición de esclavitud y lealtad hacia el Estado.

6.1.2 Críticas al sistema: reflexiones y críticas sobre las políticas públicas generadas acerca de los tratamientos de rehabilitación fundados por el Estado.

"Situación lastimosa es que nos utilizaron Blanca Eekhout ³y su gente, única y exclusivamente por las campañas políticas, diciéndonos que íbamos a tener participación en los centros de rehabilitación o que íbamos a ser llamados para dar esas doctrinas de rehabilitado y del movimiento". (EP,F,6.1.2)

"La economía y la falta de control y seguimiento en las misiones; o sea, ya no le paran a las misiones, no hacen evaluaciones, no llevan estadísticas". (WF, F, 6.1.2)

"Inclusive, siendo de esta estructura política, ya no me siento a gusto y por eso quiero salirme de la institución... Estar pegado a una empresa que el día de mañana cuando a ellos les de la gana me dan una patada y me mandan al carrizo porque no saludé al presidente de la vaina".(AB,F,6.1.2)

Toda ideología no es más que una realidad parcial, un conjunto de ideas que otros hombres en su momento de manera subjetiva instauraron en la sociedad, de esta dimensión se desprende otra categoría:

6.2 Creencias Religiosas: identificación con creencias y prácticas asociadas a alguna religión revelada o no.

"Creo en Dios, comparto con varias religiones, pero no soy el fanático que se va a involucrar, pero no soy parte de ninguna de ellas, simplemente las respeto". (EP, F, 6.2)

"Creo en Jehová Dios como mi Dios, creo en que Jesucristo vino a la tierra a cumplir un objetivo importante para la humanidad, pero creo en ese algo que llega a ser primero porque me ha sido inculcado desde niño. Mi familia es testigo de Jehová". (AB, F, 6.2)

6.2.1 Apego a ideologías religiosas posterior a la rehabilitación: redefinición o mantenimiento de sus creencias religiosas.

"Yo estaba elegido era por Dios, porque este problema de las adicciones y de la inclusión social y de todo esto, quien no le entrega esto a Dios o a un

³ Blanca Eekhout actualmente ejerce el cargo como Ministra del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. En Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.258 de fecha 1° de octubre de 2016, fue publicado el Decreto N° 2.467 de la Presidencia de la República.

poder superior, llámelo como lo llame, hermano, grupo, Jehová... difícilmente se mantenga en esta área" (AB,F,6.2.1)

"Todo eso malo, los vicios, tiene que haber algo muy fuerte a parte de tu fuerza de voluntad. En mi caso, yo que tengo la fe de que existe un Dios que ayuda a las personas que quieren cambiar y ser diferentes" (WF, F, 6.2.1)

"Me monté mano de orula, ahora me dedico más a los santos, les pido, les cumplo" (JL, F, 6.2.1)

¿Por qué los hombres de todos los tiempos han necesitado creer en algo superior o en una religión? Es una de las preguntas y críticas que hace el filósofo Karl Marx (1958) "el hombre hace la religión, la religión no hace al hombre. Y la religión es, bien entendida la autoconciencia y el auto sentimiento del hombre que aún no se ha adquirido a sí mismo o ya ha vuelto a perderse".

Percibimos en los entrevistados, cómo el apego a una deidad o ciertas prácticas religiosas, han influenciado en su comportamiento, y estas fueron fundamentales para el resguardo mental o para su transformación en un hombre nuevo, ya que la religión funciona como control social e interviene en los actos y hábitos de sus creyentes.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación de enfoque cualitativo, busca caracterizar la experiencia de Reinserción Laboral en personas que sufrieron situación de calle, rehabilitadas por adicción a sustancias en instituciones que forman parte de las políticas públicas de Gobierno Bolivariano de Venezuela. A su vez, identifica el significado del trabajo antes, durante y después de la situación de calle, obstáculos intra-personales y externos para el ejercicio de una ocupación en el mercado laboral y la ideología política de los entrevistados.

En cuanto a la dimensión A. Adicciones se refiere:

Se identifica el inicio del consumo de sustancias a temprana edad, entre los 8 hasta los 17 años, promovido por los grupos de socialización primaria, como lo son la familia, los pares y la escuela. Principalmente con drogas lícitas como los cigarrillos y alcohol, motivado principalmente por experimentación o imitación de figuras parentales.

Así mismo, los reportes verbales de los entrevistados indican distintos factores que sirvieron como catalizador para este primer consumo. Por ejemplo, núcleos familiares disfuncionales y exposición a alcohol y cigarrillos sin supervisión, estuvo presente en la realidad de todos los participantes. De igual forma, también se identificaron factores como crianza tercerizada, padres sustitutos y convivencia con miembros no directos de la familia, tal y como a lo largo del marco referencial hace referencia investigadores como Zimmerman y Becker-Stoll (2002), en lo que se refiere al consumo de sustancias en la adolescencia. Esta puede interpretarse como una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional, y se relacionaría con la existencia de un apego no seguro, y David y Murphy (2007), en cuanto a la presencia de conflictos interparentales de carácter destructivo y cómo estos influyen de forma importante en la relación con los iguales, aumentado el riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales, así como psicopatologías asociadas al consumo de drogas.

Dos de los cuatro participantes sufrieron eventos traumáticos entre la niñez y la adolescencia, entre los cuales para el primero se encuentra abuso sexual a los siete años, y para el segundo, desconocimiento de su padre biológico a los dieciséis años. Estos eventos traumáticos los asocian a las consecuencias del inicio de consumo.

Por otra parte, la crianza en sectores populares también se identificó como

común denominador en todos los participantes, siendo estos el barrio de Propatria, el barrio del 23 de Enero, barrio de Antímano y el barrio de Catia.

Dentro del tipo de sustancias ilícitas que consumían, se puede identificar como común denominador drogas estimulantes como el Crack, Cocaína, el Bazuco, droga conocida por ser elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno, consumo de “Candy”, drogas depresoras como la heroína y alucinógenos como el “Mandrax”. La mayoría de estas sustancias eran consumidas por inhalación a través de pipas o cigarrillos. Además, resulta interesante que en el reporte verbal, la totalidad de los participantes reporta el “Crack” como la droga con mayor potencial de adicción y atribuyen el inicio de la experiencia en situación de calle a su consumo.

Una vez instalada la adicción, para los entrevistados era fundamental trabajar de manera de mantenerse en consumo. Solo dos de los entrevistados se desempeñaba en el sector formal, mientras que uno de los entrevistados reporta haberse dedicado al robo, la venta de drogas y lavado de carros en el barrio para sostener su consumo. Otro participante se dedicaba a empleos de alta rotación como vigilancia.

Esta centralidad en la recompensa monetaria para financiar su consumo, es bastante coherente con los indicadores de caracterización de un adicto registrados en los discursos. Para todos los entrevistados, el fin último era el consumo, desplazando otras necesidades básicas primarias como la alimentación y salud, así como sus responsabilidades con su familia y empleo. De hecho, tres de cuatro participantes afirmaron haber perdido el interés en conseguir pareja, hablar con sus familiares o asistir a centros de rehabilitación.

Esta necesidad de consumo de sustancias perfiló en ese momento a los entrevistados como personas manipuladoras, audaces para mentir y astutos para identificar oportunidades de consumo. La actitud evitativa frente a responsabilidades, defensiva y paranoide y de reconocimiento de enfermedad, también se apreció como compartida en todos los entrevistados, además capaces de cometer crímenes mayores.

En cuanto a la dimensión B. Situación de calle se refiere:

El espacio de la vía pública para vivir de forma permanente, referido a lo largo a de la investigación como “situación de calle” inicia para los entrevistados por consumo, pero es desencadenada por distintos factores. Dos de los participantes fueron expulsados de sus casas por sus familias debido al consumo, los otros dos

abandonaron su hogar por iniciativa propia para dedicarse únicamente al consumo.

No obstante, no todos los participantes experimentaron la misma situación de calle debido que uno de ellos vivió en pensiones u hoteles por aproximadamente un mes, mientras que otro de los entrevistados vivió por un periodo de tiempo dentro de un carro abandonado en el barrio.

La situación de calle representa para todos los entrevistados las adversidades más difíciles de afrontar, bien como lo expone Nicolás et al (2015) estableciendo que, la situación de calle se caracteriza por profundos niveles de exclusión social. Desde un plano afectivo, para los cuatro participantes fue común el sentimiento de rechazo por los vecinos y transeúntes, así como falta de afecto su familia y deseo de sentirse importantes o queridos.

Durante esta situación, la alimentación de todos los participantes era cubierta comiendo directamente desde los containers de basura, a través de la mendicidad, restos o platos de comida entregados por algunos vecinos y en solo uno de los entrevistados con el dinero de su actividad económica informal en situación de calle.

Por su parte, las condiciones de higiene personal eran igual de precarias al reportar no bañarse por periodos de dos meses o más y vestirse con donaciones realizadas por personas conmovidas por su estado de vulnerabilidad.

Con respecto a su seguridad y protección de integridad física, la situación de calle emana una gran cantidad de situaciones peligrosas para las cuales deben desarrollarse estrategias de supervivencia. Por ejemplo, todos los entrevistados reportan haber estado en conflictos violentos, ser o haber apuñalado, arrollamientos de carros, víctimas de robos por otras personas en situación de calle, así como enfrentamientos y golpizas con la policía y por cuerpos de seguridad.

De hecho, tres de cuatro entrevistados asistían al servicio de Seguro Social venezolano para ser atendidos por lesiones personales leves o de gravedad propiciadas en enfrentamientos callejeros principalmente por tráfico, uso y venta de sustancias.

No obstante, los participantes también reportan haber desarrollado vínculos con vecinos, otros pares en situación de calle, jibaros, dueños de negocios o los mismos cuerpos de seguridad para sobrevivir las adversidades de la calle.

En contraposición con algunas investigaciones cuya primera caracterización para las personas en situación de calle es la desafiliación de los lazos familiares y de

amigos, los reportes verbales de los entrevistados no corresponden a esta afirmación dado que tres de cuatro entrevistados mantuvieron contacto con su familia y vecinos para la cobertura de necesidades básicas o persuasión de búsqueda de ayuda profesional.

Es importante resaltar que dado que estas personas se instalaron en la vía pública debido a un problema de adicciones, habían de evitar el síndrome de abstinencia consumiendo y para esto debían realizar algún desempeño, cuya recompensa fuese monetaria o por intercambio de sustancia. Dentro de estas ocupaciones se encuentran actividades no violentas como el lavado de carros o la compra y venta de víveres y otros artículos a los vecinos con un cobro de comisión, hasta las actividades más peligrosas como prostitución, robo de empresa, asaltos con armas blancas y homicidios.

Por otra parte, tres de cuatro entrevistados cometieron delitos como homicidio intencional simple, lesiones a terceros con armas blancas y robos planificados. Solo dos de tres fueron procesados por estos delitos.

En cuanto a la dimensión C. Rehabilitación se refiere:

Todos los entrevistados fueron rehabilitados en programas de atención al drogodependiente, que no era exclusivamente para personas en situación de calle. Igualmente, para todos, los motivos para rehabilitación fue “el dolor”. Este dolor que reportan los participantes no hace referencia a molestias físicas, sino a el deseo de dejar de sufrir las adversidades en calle, el rechazo social y/o familiar y las ganas de dejar el consumo definitivamente. Dos de ellos fueron motivados por sus familiares para dejar la calle y el consumo, uno de ellos sufrió una puñalada en el estómago mientras dormía y el último acudió por voluntad propia a la Misión Negra Hipólita.

JL de 53 años de edad, fue rehabilitado en la Misión Negra Hipólita de Bellas Artes y trasladado al Centro de Rehabilitación Integral Okeimá en la carretera El Junquito, Km 23, sector La Encantada, El Junquito, estado Vargas. La Comunidad Terapéutica fue inaugurada el 15 de Junio del 2008, por el presidente Hugo Chávez, durante la transmisión del programa dominical “Aló Presidente” N. 313, con la finalidad de prestar tratamiento de rehabilitación al Uso, Abuso y Dependencia de sustancias lícitas e ilícitas, así como atención integral a nivel multidisciplinario a aquellos ciudadanos en situación de calle, víctimas de una historia de exclusión, rechazo social y una serie de factores y causas que afectan su vida emocional, mental, social y familiar.

De igual forma, AB, hombre de 45 años de edad se rehabilitó en el convenio Cuba-Venezuela en la clínica internacional ECOCAL en el 2005 en Cuba. El Convenio Integral de Salud Cuba Venezuela se creó para poder dar atención médica en muchas patologías cuyo tratamiento no se podía brindar en el país o que sus costos en clínicas privadas eran elevados.

Por otro lado, EP, hombre de 55 años de edad, realizó su programa de rehabilitación en el servicio del Psiquiátrico de Caracas, Unidad de Atención al Farmacodependiente, servicio 4. El tratamiento al farmacodependiente en la Unidad de Atención al Farmacodependiente, dura 2 años. Comienza con una evaluación médica y psicosocial del paciente; dependiendo de los resultados, se le remite a consulta ambulatoria o a la comunidad terapéutica. Allí permanece un máximo de 9 meses, que es el tiempo estimado para desintoxicar al paciente, incorporarlo a un sistema normativo y de creación de nuevos hábitos, para luego pasar a la fase de reincorporación social.

WF, Hombre de 37 años de edad, fue rehabilitado en La Fundación José Félix Ribas, también conocida como Funda Ribas, brindando un tratamiento integral y gratuito a la población con problemas de dependencias a las drogas, alcohol, tabaco y otras sustancias. Cuenta con tres niveles de atención: preventivo, que consiste en el abordaje que se realiza a los pacientes en los Centro de Orientación Familiar (COF); intermedio, contempla una etapa de desintoxicación en centros especializados de Prevención y Atención Integral (Cepai), y estructural, en el que los pacientes reciben su tratamiento de forma interna en las comunidades terapéuticas socialistas (CTS).

Para tres de los cuatro entrevistados la fase inicial del tratamiento es una de las más difíciles por la modificación de comportamientos instaurados durante todo periodo de tiempo de consumo en la personas. Otro de los aspectos más difíciles es la redefinición de los valores asociados a la convivencia en sociedad y familia.

En todos los programas de rehabilitación mencionados, los entrevistados elaboraron proyectos de vida, cuyas intenciones están orientadas a los logros de metas con estudios de profesionalización y abandonar las calles genuinamente. Dos de cuatro pacientes aún asisten a los grupos de apoyo para consumo de sustancias.

En cuanto a la dimensión D. Reinserción Laboral:

Se logró identificar en los cuatro entrevistados cuáles fueron los aspectos, que posterior a un proceso de rehabilitación por adicciones, hicieron posible su reinserción

en el campo laboral y adquisición de un conjunto de hábitos sanos.

Son distintos los obstáculos que estas cuatro personas tuvieron que enfrentar al reinsertarse nuevamente en el campo laboral. En cuanto a las limitaciones internas, se evidencia la falta de confianza en sí mismo, en sus capacidades intelectuales y miedo al rechazo por parte de la sociedad, producía inseguridad en ellos a la hora de postularse a un empleo.

Asimismo, se evidenció temor a percibir dinero nuevamente, temor a salir de un ambiente terapéutico en una institución de rehabilitación y tener que salir a la sociedad no solo a buscar un empleo sino también a buscar un sitio donde vivir, alimentación adecuada, vestimenta y reencuentro con familia, pares y vecinos. Esto concuerda con lo que plantean acerca de la reinserción laboral (Donoso y Figueroa, 2007). No se trata solo de que población vulnerable logre salir de la situación de desempleo, sino también de que logre una cierta estabilidad o permanencia en una ocupación, de manera que genere autonomía económica.

A su vez, reportaron falta de herramientas suficientes en el tratamiento de rehabilitación en cuanto la inclusión laboral, ya que a pesar de contar con una asesoría para idear un plan o proyecto de vida, al enfrentarse a la realidad del país que atraviesa una situación económica con altos índices de inflación y una crisis laboral con empresas que están reduciendo el personal y constantes ajustes salariales, los obstáculos se incrementaron.

Asimismo, al momento de enfrentarse con la realidad externa, una de las mayores limitantes fue su nivel de instrucción académica y su poca o nula experiencia laboral en trabajos formales, tal como lo indica Martínez (2000) “la experiencia laboral de los grupos vulnerables como trayectorias precarias, con cambio continuo de oficio, falta de perspectivas y continuas rotaciones que impiden la acumulación de una experiencia especializada que facilite la inserción laboral plena posterior a la rehabilitación”.

Por lo tanto, los empleos que consiguen con facilidad son de obreros o personal de mantenimiento, vigilantes y oficios como albañilería y mecánica de carros. Todos estos empleos son contraindicados posteriores a un tratamiento de rehabilitación, debido a que representan altos niveles de vulnerabilidad.

La postura que deben tomar en la empresa pública y privada de acuerdo a los

organismos, como la Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras (LOTTT), no se cumple a cabalidad, ya que en su reglamento solicitan a las empresas la inclusión de al menos un 5% de su nómina total a trabajadores con discapacidad, y los entrevistados reportan que solo parte del sector público acatan esta norma y que el sector privado prefiere cancelar una penalización.

Por haber estado bajo un tratamiento de rehabilitación debido a la dependencia a narcóticos y alcohol, este grupo de personas son consideradas como discapacitados frente al marco legislativo internacional y nacional, convirtiéndose esta realidad en gran obstáculo para la inserción laboral, ya que manifiestan sentirse discriminados o etiquetados como “enfermos para toda la vida” incluso después de haber pasado por un proceso de reestructuración psico social. Esto los ha llevado a ocultar su condición de rehabilitado al momento de buscar un empleo.

En cambio, los aspectos positivos identificados en la experiencia de reinserción laboral de estas cuatro personas, se destaca la labor de los tratamientos de rehabilitación que permite el restablecimiento de los vínculos sociales y familiares, así como la reestructuración de los sistemas de principios, valores y la adquisición de hábitos de vida sanos para su la convivencia en sociedad, bienestar psicológico, económico y social.

Los entrevistados tienen en común la necesidad de convertirse en un hombre nuevo, de capacitarse a nivel académico y profesional, el deseo de ayudar a otros que están o estuvieron en situación de calle y sufrieron de algún tipo de adicciones, lo cual los ha llevado a trabajar y especializarse en estas áreas, identificándose como otro de los aspectos positivos que contribuye al fortalecimiento de su propia recuperación.

Finalmente, el retorno de los vínculos familiares ha sido un factor desencadenante de motivaciones en el proceso de reinserción laboral para retribuir todo el apoyo recibido, incitándolos a la búsqueda de un sustento económico y un comportamiento en pro de satisfacer sus necesidades a través del trabajo.

En cuanto a la dimensión E. Significado del trabajo:

En las cuatro personas se encontró como común denominador que su significado acerca del trabajo antes de entrar en situación de calle y durante su condición de adictos, lo atribuían única y exclusivamente como estrategia para adquirir sustancias.

Reportaron conductas, como ausencias recurrentes en su trabajo, inestabilidad laboral, baja productividad, conflictos con los jefes por bajo desempeño, poco compromiso con la empresa, falta de cohesión con los pares en el trabajo, conductas delictivas dentro de su entorno laboral como robos a compañeros y trampas para adquirir dinero. En cambio, uno de los entrevistados manifestó la necesidad de estar drogado para ser más productivo en su labor como diseño de calzado, además indicó como en su mismo entorno laboral distribuían la droga con facilidades de pago.

Otro de los factores comunes de los cuatro entrevistados es que fueron capaces de desvincularse de su entorno social, familiar y laboral para entrar en situación de calle, producto de alta dependencia a sustancias.

Por consiguiente, cuando entran en situación de calle, su concepto de trabajo se modifica aún más, “hacer lo que sea para obtener drogas”, por lo tanto fueron capaces de realizar cualquier tipo de trabajos de alta precariedad u oficios informales. De acuerdo a Rodgers (1989) el trabajo implica inestabilidad, falta de protección, inseguridad y vulnerabilidad social y económica y que es algún tipo de combinación de estos factores lo que identifica el empleo precario, siendo sus límites inevitablemente arbitrarios hasta cierto punto.

Los entrevistados realizaron distintos tipos de trabajo precario: limpiavidrios, montar pasajeros en una parada de autobuses, hacer todo tipo de favores a la comunidad donde pernoctaban, lavar carros, transportar y vender droga, ayudar a los conserjes a botar la basura e incluso prostitución tanto con hombres como con mujeres, con la única razón de recibir una recompensa monetaria que les permitiera adquirir drogas.

Sin embargo, luego del proceso de rehabilitación y al estar nuevamente reinsertados a nivel social y laboral, este significado que le atribuyen al trabajo se modifica, los entrevistados expresan en su discurso cómo es la experiencia de haber pasado por todos esos procesos de recuperación y finalmente trabajar con otro fin.

Considerando que ahora el trabajo les exige estar bajo ciertas normas de conducta, los impulsa a capacitarse constantemente, los dignifica en todo el sentido de la palabra y los induce a tener un orden en los demás aspectos de su vida. El trabajo ahora es percibido como un canal para obtener bienestar y estatus económico, académico y social.

En cuanto a los aspectos positivos del trabajo, según Alcover (2012) que se manifiestan en los entrevistados encontramos: estatus y prestigio social, independencia económica, oportunidades de establecer contacto sociales y emocionales con su entorno, oportunidad para desarrollar habilidades y destrezas, bienestar y el desarrollo de una identidad.

Tal como lo indican (Farrington y Robinson, 1999). “Las personas en situación de calle forjan su identidad a partir de roles principales que desempeñan en su vida, los cuales dependen de la realización de determinadas ocupaciones”. Es decir, que al cambiar las actividades, cambiar el estilo de vida, las ocupaciones son distintas, la identidad personal se transforma.

Además, los cuatro reportan un estado de satisfacción laboral al estar económicamente estable sin tener que robar, manipular o matar a nadie. En el caso de Locke (1976) lo define como: “un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”.

En cuanto a la dimensión F. Ideología:

En relación con la ideología, se indagó en los entrevistados su postura política y las creencias religiosas antes y después de haber estado en situación de calle, además de sus críticas como aporte a la situación actual del país, tomando en cuenta que tienen en común haber sido rehabilitados en instituciones adscritas a las políticas públicas del Estado venezolano.

Referente a la ideología política, los participantes (AB, EP, JL), luego de haberse rehabilitado, ahora forman parte activa de las políticas públicas del Estado, y son militantes leales al movimiento socialista. Alcanzando obtener una larga trayectoria posterior al tratamiento de rehabilitación en distintos cargos como: director de la misión Negra Hipólita, coordinador nacional de seguimiento y control de rehabilitados, coordinador de prevención de drogas del Ministerio del Poder Popular para las Comunas, miembro de la comuna de fe y la vida, asesor del presidente de la misión Negra Hipólita. A excepción del participante (WF), quien dejó de participar como facilitador en las actividades de misión Negra Hipólita debido al fuerte sesgo político para atender a los rehabilitados.

Es común en los cuatro entrevistados que idealicen la imagen del ex presidente Chávez, específicamente por admiración, agradecimiento y respeto al crear misiones

para el pueblo, que en principio funcionaban de manera adecuada y hoy en día, bajo la presidencia del presidente Nicolás Maduro, no se le ha dado la continuidad adecuada a las misiones, no siguen escuchando sus propuestas y reporta uno de los entrevistados cómo esto ha causado que otras personas que forman parte del movimiento revolucionario, se decepcionen del sistema político actual.

El ex presidente Chávez se convierte en una especie de figura paterna para estas personas que estuvieron en calle y fueron rehabilitados (asistidos), demostrando lealtad por haberles brindado un tratamiento gratuito dentro y fuera del país. Específicamente el participante AB, fue beneficiado de realizar parte de su rehabilitación en el convenio entre Cuba – Venezuela, apreciando la atención recibida y JL realizó sus estudios universitarios gracias a este convenio, específicamente Técnico Medio en Deporte Comunitario.

Tal como lo expresa Gómez (2005) la idea del “asistido” que debe públicamente reconocer las virtudes de los que ofrecen la “ayuda” y expresar su agradecimiento al Presidente de la República o al funcionario que lo representa.

Sin embargo, no dejaron de hacer críticas al sistema político actual, tales como la existencia de corrupción, el desvío y la mala administración de los recursos, la falta de formación a los beneficiados por las misiones sociales, poco control de seguimiento de estas misiones con sus respectivas estadísticas.

Otro punto de crítica fue la falta de programas de reinserción laboral dentro de los tratamientos de rehabilitación, por ejemplo uno de los entrevistados (EP) indicó que algunos centros de rehabilitación enseñaban el oficio de panadero, pero que por escasez de harina de trigo no se continuó ni se han enseñado otros oficios. Este entrevistado sugiere que se formen a los rehabilitados en labores como agricultura, pesca, carpintería o inclusive alianzas con el Instituto Nacional de Capacitación y Educación Socialista.

De igual manera, este participante (EP) ve con preocupación cómo se ha incrementado el número de personas en situación de calle, inclusive mucho más que cuando se inauguró la Fundación Negra Hipólita, asevera que se están cerrando centros de rehabilitación por falta de dotaciones, cuando en realidad se deberían de fundar nuevos centros.

Finalmente, en cuanto a ideología política se observa con preocupación cómo

estas personas que entrevistamos solo han logrado su reinserción laboral y formación académica en instituciones del Estado, generando una dependencia a mantenerse trabajando con y para el gobierno actual, siendo esto un factor en contra de su autonomía.

Ahora bien, dentro de la dimensión ideológica se indagó sobre las creencias religiosas de los entrevistados, específicamente con qué religión se siente identificado y si estas creencias estuvieron presentes antes, durante y después de su tratamiento de rehabilitación.

Es notorio cómo una deidad estuvo presente en la motivación para salir de la situación de calle e ingresar a un tratamiento de rehabilitación. Haciendo referencia a su estado de vulnerabilidad y la necesidad de una fuerza superior que los ayudara. Incluso dos de los entrevistados (A.B y E.P) reportan que recibieron mensajes de Dios o de un ángel para buscar ayuda y recuperarse.

Para cerrar, cabe acotar las creencias de los cuatro entrevistados; (JL) es Santero⁴ desde los 16 años inducido por sus amigos de la zona, durante el periodo de vulnerabilidad no tuvo presente estas creencias ni prácticas, pero al salir del tratamiento retoma el culto a los santos. Los otros dos entrevistados (EP y WF) son católicos no practicantes que manifestaron tener a Dios presente en momentos de dificultad.

Otro de los participantes (AB) es testigo de Jehová, su familia siempre fue testigo de Jehová, pero es después del tratamiento que decide aceptar entrar en esta religión, la cual ha favorecido en su conducta debido a las normas de esta rama religiosa. (Koenig, 2001) y Ríos y García-Fernández (2000) coinciden que la religión en el ámbito de la salud favorece por: las conductas saludables impuestas a los creyentes, los diferentes efectos psicológicos que fomenta la religión en sus seguidores, entre los que aluden al apoyo social, entre otros.

⁴ Según Sánchez Contreras, W., & Zambrano Vargas, R. E. (2015) *Este nombre suele reservarse a los sacerdotes (omo-orishas) de la Santería a quienes acuden los creyentes para realizar consultas y sacrificios.*(p.36)

VII. CONCLUSIONES

El inicio de la situación de calle para los participantes ocurrió por múltiples factores como presión social, eventos traumáticos, fractura de las relaciones familiares y exposición a sustancias a temprana edad. No obstante, la adicción perpetuó su estancia en la vía pública.

Una vez instalada la adicción, el significado de trabajo se encuentra completamente distorsionado, dejando de ser una fuente de realización personal y solo cumpliendo la función económica de acceso al consumo. El interés por formar parte de la fuerza de trabajo o de un sistema laboral formal se pierde por completo y comienza un proceso de exclusión social.

La reinserción laboral de personas que estuvieron en situación de calle en nuestro país, no tiene buen pronóstico. No solo por el estado y vigencia de las políticas públicas desarrolladas por el gobierno actual, sino que a esto se le añade la crisis económica y social que bien ha sabido ser un catalizador para la cronificación de una reincorporación laboral esperada y necesaria para esta población vulnerable.

Este hallazgo le agrega valor a la investigación, ya que pone en evidencia el deterioro y la poca atención que el gobierno de Venezuela le ha dado a sus políticas públicas en los últimos años.

No obstante, la investigación arroja reflexiones interesantes con respecto al significado que le atribuyen los participantes al trabajo, por ejemplo: estas personas, una vez reinsertadas en el mercado laboral, evalúan este proceso como el único medio para conseguir un estatus económico, independencia, prestigio social, académico, satisfacción laboral y tranquilidad.

Además, se pudo determinar que dentro de las motivaciones en común para incorporarse nuevamente al campo laboral, está la reconstrucción de las relaciones interpersonales con un valor sentimental para los participantes

Asimismo, la rehabilitación permitió que estas cuatro personas restablecieran vínculos con la sociedad antes rotos, incluyendo sus familiares y la recuperación de valores y hábitos de conductas sanas.

El desarrollo de un proyecto de vida durante la rehabilitación, permitió tener una visión acerca de sus metas a corto, mediano y largo plazo con expectativas reales y alcanzables.

Por el contrario, una de las dificultades para lograr la reinserción laboral definitiva, es que estas personas resultan ser juzgadas y estigmatizadas por haber pasado por un proceso de rehabilitación por adicción a drogas y haber estado en situación de calle.

De lo anterior emerge la necesidad de ocultar su condición como rehabilitados para poder conseguir oportunidades de empleo, iniciativa propuesta por la comunidad terapéutica que hace seguimiento a sus casos.

Por otro lado, debido a la falta de experiencia laboral o capacitación académica, el acceso a oportunidades de empleo también se limita y sus opciones laborales radican en trabajos de obreros, personal de mantenimiento, oficios de servicios generales, mecánicos y en su mayoría vigilantes. Estas ocupaciones representan un alto riesgo para la población rehabilitada.

A causa de lo anterior, estas cuatro personas están motivadas a capacitarse profesional y académicamente para aspirar a trabajos que no requieran su exposición en la calle, entre otros beneficios que les trae adquirir nuevas habilidades y destrezas. Todo esto por iniciativa propia y no comprendido dentro del programa de rehabilitación.

En las limitaciones para la reinserción laboral no solo influyen factores externos, también lo hacen los factores internos, dado que en repetidas oportunidades manifestaron temor al rechazo, falta de confianza en sí mismos, autoconcepto distorsionado e inseguridades debido al bajo nivel intelectual.

Por lo que se refiere a las motivaciones para rehabilitarse y salir del estado de vulnerabilidad, expresan que fue el deseo de dejar de sufrir las adversidades en calle, el rechazo social y/o familiar y las ganas de dejar el consumo definitivamente, lo que los llevó a tomar la decisión final de salir de la situación precaria en la que se encontraban.

Es un común denominador que para estas cuatro personas los eventos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, y las dinámicas familiares disfuncionales con poca supervisión y permisivas, fueron factores de riesgo asociado al primer contacto con drogas.

Los entrevistados expresan y reconocen que la adicción a drogas lícitas e ilícitas los ayudaba a escapar de la realidad, evitar asumir la responsabilidad de su condición, eran totalmente dependientes de las sustancias, siendo capaces hasta de cometer delitos desde robar hasta cometer homicidios por drogas.

Entonces, el modelo de misiones sociales fundadas durante los últimos dieciocho años parece dar la impresión de haber tenido como objetivo generar lealtades políticas para, entre otras cosas, privilegiar su legitimidad y mantener el control sociopolítico de estos grupos vulnerables.

No obstante, el grupo de entrevistados reconocen la existencia de corrupción, inadecuada administración de los recursos, falta de seguimiento y control a las misiones sociales y la falta de capacitación a los asistidos.

Nuevamente, lejos se encuentra la intención de este proyecto fungir como crítica ideológica a los programas de políticas públicas del Estado, sino más bien declarar desde la experiencia de reinserción laboral de estos actores la urgencia de desarrollar y mantener iniciativas que logren satisfactoriamente la reincorporación en sociedad de esta población ahora tomando en cuenta la multiplicidad de factores que, de no ser atendidos, podrían perpetuar su estadía en calle y elevar el riesgo de reincidencia en conductas antisociales.

IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Durante la realización de esta investigación surgieron limitaciones y recomendaciones, para que así próximas investigaciones se transformen en una oportunidad para indagar en aquellos aspectos que en el presente trabajo no fueron posibles tanto por factores externos como internos. Entre ellos se encuentran:

- La información pertinente a las estadísticas acerca las misiones sociales, específicamente Negra Hipólita, desde el año 2012, no han reportado actualizaciones en el INE, ni la ONA. No se sabe con exactitud cuántos centros de rehabilitación están funcionando desde ese año hasta la fecha, ni cuántas personas han sido atendidas.
- Alentar a organizaciones como la Oficina Nacional Antidrogas no solo a la promoción de una cultura de prevención de drogas, sino a la implementación de programas de sensibilización frente a grupos sociales vulnerables con la misión de eliminar la discriminación existente hacia las personas adictas a sustancias o que se encuentren en situación de calle.
- Exhortar a la empresa privada al cumplimiento de la incorporación a su plantilla de trabajadores, población que permaneció en calle y fue rehabilitada por adicción a sustancias.
- Actualización del directorio del sistema público nacional de tratamiento de las adicciones, dado que la última fecha de cifras recabadas es del 2012.
- Dar acceso público a las estadísticas de las instituciones que prestan servicios de salud, rehabilitación y prevención de drogas, específicamente en cuanto a: calidad de servicio, registro de ingresos, egresos, la difusión de información a la población Venezolana, con directorios por ciudad, estados y municipios.
- Impulsar líneas de investigación con población femenina, sexo diversa o juvenil que hayan estado en situación de calle y egresados de un tratamiento de rehabilitación tanto de instituciones públicas como privadas.
- El reforzamiento de las políticas públicas por parte del Estado para dar continuidad a los objetivos principales de las misiones sociales y llevar un control y seguimiento sistemático de los procesos de rehabilitación.
- El Estado debe incluir en sus programas de rehabilitación distintas

capacitaciones tanto académicas como profesionales para que el egresado cuente con mayores competencias al entrar en el mercado laboral.

- De la anterior recomendación se deriva la necesidad de evaluar las políticas de ingreso de las universidades públicas y privadas para la inclusión de población vulnerable.
- Profundizar en esta línea de investigación para contribuir al desarrollo de programas de sensibilización y reinserción laboral de población vulnerable.
- Desarrollar investigaciones acerca de los distintos aspectos que interactúan en la reinserción laboral de personas que estuvieron en situación de calle como: satisfacción laboral, bienestar laboral, clima laboral, comunicación y relaciones interpersonales dentro de la organización.
- Crear y reformar leyes que respalden la reinserción social y laboral de personas que hayan pasado por un estado de vulnerabilidad y que procuren brindarle las herramientas terapéuticas, académicas y profesionales.
- Promoción de los programas religiosos de iglesias fundamentalistas orientadas a servir como centros de reinserción social y enmarcar el proceso de rehabilitación de población en situación de consumo a través de sus mandamientos o hábitos.
- Para futuros gobiernos en Venezuela, se exhorta realizar un censo de las instituciones públicas y privadas abocadas a la atención de poblaciones vulnerables, para así fortalecerlos con insumos, renovación y continuidad de los proyectos en pro de las personas que ameriten un programa de rehabilitación, bien sea por haber estado en situación de calle o por abuso de sustancias lícitas e ilícitas.
- Realización de un censo que permita conocer cifras de personas en situación de calle en nuestro país.

REFERENCIAS

- Atria, R. y Siles, M. (2003). Capital Social y reducción de la pobreza en America Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Michigan: State University CEPAL.
- Alameda, J., Arenas, F., Blanco, F., del Río, F., Ramírez, J. F., Sanz, S., Zambrana, J. (2002). Protocolo de actuación conjunta entre los Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Atención Ambulatorio de las Drogodependencias. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Albarrán, V. (En Prensa) (2014) En el País casi 10% de la gente vive en la calle. Recuperado de <http://www.laverdad.com/zulia/47911-en-el-pais-casi-10-de-la-gente-vive-en-la-calle.html>
- American Psychiatric Association (2013). DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona: Masson
- Anónimos, N. (1991). Narcóticos Anónimos. Chatsworth [California]: Narcotics Anonymous World Services
- Antunes, R. (1995). Adeus ao trabalho. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho, 7.
- Arranz Alonso, G. (1972). El indulto y la política penitenciaria. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 28(197), 339.
- Aranda Carbonell, M. (2006). Reeducción y reinserción social. Tratamiento penitenciario, Análisis teórico y aproximación práctica citado por REVIRIEGO PICÓN, F. *Los derechos de los reclusos en la jurisprudencia constitucional*.
- Ardila, R. (1991). Psicología del desempleado. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2).
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) Gaceta Oficial, 36.860, diciembre 30, 1999.
- Bachiller, S (Junio 2010). Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. *Revista servicios sociales*.
- Bandura, A., & Kupers, C. J. (1964). Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(1), 1.
- Barraeat, Y. (2007). Estudio Psicosocial de la Indigencia en Mérida, *Revista de Facultad*

de Medicina, Universidad de Los Andes, 16(1)

- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (13) 183-203.
- Blumer H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. EE.UU. University of California Press.
- Bobbio, N. (1989), *Estado, Gobierno y Sociedad*. México: FCE.
- Boydell, K, Goering, P. y Morell-Bellai, T. (2000). Narratives of Identity: Representation of Self in People who are Homeless. *Qualitative Health Research*, 4(7) 26- 38.
- Cabrera, D. (2004). *Imaginario social, comunicación e identidad colectiva*.
- Cabrera, J. y Rubio, J. (2008). Las personas sin hogar hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75(1) 51-74.
- Cabrera, P. (2009). *Como avanzar en la medición y el seguimiento del sinhogarismo y la exclusión residencial en España*. Madrid: Plaza y Valdez
- Cadore, R. Yates, R., Troughton, E., Woodworth, G. y Stewart, M. (1996). An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Comprehensive Psychiatry*, 37(10), 88-94.
- Cardona, A (2007). Las personas sin hogar y las políticas sociales. *Educación Social*. Barcelona: Pere Tarrés, 27(5) 21-40.
- Castoriadis, C. (1999). *Figuras de lo pensable* (Vol. 19). Universitat de València.
- Castel, R. (1991) *La lógica de la exclusión*, Bogotá: Santillana
- Chaves, V. E. J. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 8(1), 141.
- Chaloupka, F., Cummings, K., Morley, C. y Horan, J. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11(1) 62-73.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. y Sahakian, B. (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60(9), 515-522.

- Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(12), 238-254.
- Cronick, K., Mora, L., & Sousa, E. (2010). Personas en situación de calle. Evaluación inicial de dos programas. Recuperado de <http://reflexiones2-karen.blogspot.com/2010/10/personas-en-situacion-de-calle.html>
- Comas Arnau, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro.
- Comité Económico y Social Europeo (2011). Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre El problema de las personas sin hogar, Barcelona: Comité Económico y Social Europeo
- Conselleria de Sanitat (2006). Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana 2006-2010. Valencia, España: Generalitat Valenciana.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial, 36.860, Marzo 24, 2000.
- Cuñat, R. (2005). La realidad de las nuevas cooperativas de trabajo asociado. Valencia, España: Caixa Popular.
- D'Amico, E. J. y McCarthy, D. M. (2006). Escalation and initiation of younger adolescent's substance use: The impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 481-487.
- David, K. y Murphy, B. (2007). Interparental conflict and preschoolers' peer relations: The moderating roles of temperament and gender. *Social Development*, 16(3), 1-23.
- Dawe, S., Gullo, M. J. y Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29(7), 1389-1405.
- Dawe, S. y Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343-351
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2012). Tecnologías de la información y las comunicaciones.

- Díaz, L. (2012). Promoción de salud: Autotrascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol. Tesis para optar el título de Doctor en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
- Díaz Vilela, L. (1994): Estructura y Antecedentes del Significado del Trabajo. Tesis Doctoral no publicada
- Díaz S., y Rocco, N. (2007). *Nuevas terapias de rehabilitación a través de la doctrina cristiana: Corporación Remar Santiago-Chile* (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano).
- Dubin, R. (1956). Industrial workers world: A study of the central life interests of industrial workers, *Social Problems*, 1(3) 131-142.
- Domenech, Y. (1998) Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social* 3(6) 179-195.
- Donoso, T. y Figueroa, M. (2007). Niveles de diagnóstico en los procesos de inserción laboral y orientación profesional. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 11(5), 103-124.
- Echeburúa, E. (1996). El alcoholismo. Madrid: Aguilar.
- Escalona (2006). Los antiguos hospitales de Caracas (Desde su fundación hasta la inauguración del Hospital Vargas) *Revista de la Sociedad Venezolana de la historia de la Medicina*, 5(1), 4-10
- Estrada Saavedra, M. (2000). La vida y el mundo: distinción conceptual entre mundo de vida y vida cotidiana. *Sociológica*, 15(43).
- España, L. & Ugalde, L. (2005) *Detrás de la Pobreza*. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.
- España, L. (2004): *Pobreza: El camino por recorrer*, Revista Proyecto Pobreza, Volumen II. Universidad Católica Andrés Bello
- Farrington, A., & Robinson, P. (1999). Homelessness and Strategies of Identity Maintenance: A participant Observation Study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 21(3) 175-194.
- FEANTSA (2007). *ETHOS, European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. Madrid: FEANTSA

- Flick, U. (2012). Introducción a la investigación cualitativa. España: Morata.
- Flores, M. (2017). Afrontamiento y espiritualidad en adultos varones pertenecientes a Alcohólicos Anónimos (AA).
- Fundación José Félix Ribas (2012). Conciencia Social ante las Drogas. Recuperado en 03 de Julio de 2017. Recuperado de: <https://www.venezuelasite.com/portal/Detalles/10818.html#>
- Fundación Misión Negra Hipólita (2007). Procesos de Atención. Recuperado en 03 de Julio de 2017, de: <http://www.misionnegrahipolita.gob.ve/index.php/unidades/proc-atencion.html>
- Foucault, M. (1990). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Siglo xxi.
- Freud, S. (1970). El malestar en la cultura. Ediciones AKAL.
- Friedman, A. y Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4) 267-275.
- Fidalgo, V. y Orejas, J. (2012) Inclusión social y Personas sin Hogar. Valladolid: Palencia
- García, J. J. (1821). Elementos de verdadera Lógica. Repullés.
- García, U., Ignacio, J., Ortiz Quevedo, C. H., & García Cruz, G. A. (2008). Informalidad y subempleo en Colombia: dos caras de la misma moneda. *Cuadernos de Administration*, 21(37), 211-241.
- Geertz, C. (1988): La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa.
- Glaser, B. (1992). Basics of grounded theory analysis. Emerge vs forcing. California: Sociology press.
- Glaser, B y Struss, A. (1967) El desarrollo de la teoría fundada. Chicago, Illinois: Aldine.
- Glaser, Barney G & Strauss, Anselm L., 1967. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, Chicago, Aldine Publishing Company
- Gutierrez, R. Andrade-Palos, P. Jimenez, T. & Juárez, G. (2007). La espiritualidad y su relacion con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcoholicos

Anónimos. Salud Mental. 30 (4).

Guzmán, G. (2006). Impacto del “Programa de reinserción social” sobre la reincidencia de hombres adultos condenados por delitos. *Resultados preliminares. Ministerio del Interior y Seguridad pública [URL] [http://www. dsp. gob. cl/filesapp/Informe%20evaluacion% 20de% 20impacto% 20prel iminar% 20Programa% 20reinsercion% 20social, 202011](http://www.dsp.gob.cl/filesapp/Informe%20evaluacion%20de%20impacto%20preliminar%20Programa%20reinsercion%20social,202011)*.

Goffman, E. (1963). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez Sánchez, I. (2007). El papel de las misiones sociales en la construcción de identidades políticas en Venezuela. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 13(1).

González Valdés, T. L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2).

Gottfredson, D. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Psychological Science*, 10(9) 196-198.

Hall, S. (1981). La cultura, los medios de comunicación y el efecto ideológico. *Sociedad y comunicación de masas*, 357-392.

Hernández, R. (2011). La Investigación Cualitativa a través de las Entrevistas: Su Análisis Mediante La Teoría Fundamentada. España. Universidad de la Rioja.

Holland, C. (2010). Enciclopedia de grupos religiosos en las Américas y la península Ibérica: Religión en Venezuela. Programa Latinoamericano de Estudios Socioreligiosos (PROLADES). Traducido por Carmen Luna Hernández.(Junio 25 de 2017), 1-38.

Huerta, F. y Soubra, L. (2016) Manual de Apoyo de Rehabilitación y Reinserción Social. Santiago, Chile. Catalonia

Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2005). La integración Sociolaboral en Drogodependencias. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud

Instituto Nacional de Estadística (2016). Encuesta De Hogares Por Muestreo Situación En La Fuerza De Trabajo Venezuela. Informe Mensual Abril 2016. Obtenido de: [http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/FuerzadeTrabajo/pdf/Mensual201604.p df](http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/FuerzadeTrabajo/pdf/Mensual201604.pdf)

- Jaccard, P.(1967). Historia social del trabajo. De la antigüedad hasta nuestros días. Barcelona, España: Plaza y Janés,
- Jacobs, D. (1986). A general theory of Addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2(4), 15-3.
- Jurgensen, S.E. (1978): Job Preferences (What makes a Job Good or Bad?). *Journal of Applied Psychology*, 63 (3): 267-276
- Katz, A. H., & Bender, E. I. (1976). The strength in us: Self-help groups in the modern world. *New Viewpoints*.
- Karl, M., & Engels, F. (1974). La ideología alemana. Grijalbo, Barcelona.(1982 a.)- Prefacio para a crítica da economia política. Abril Cultural, Sao Paulo.(1982 b.)- Sociología. Atica, Sao Paulo.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(4), 244-254.
- Kanungo, R. (1979): The Concepts of Alienation and Involvement Revisited. *Psychological Bulletin*, 86(1): 119-138.
- Kendler, K. Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J. y Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(13), 953-959.
- La Confusión entre Estado y Gobierno (2010). *Revista de la Bolsa de Comercio de Rosario*. Recuperado de:
<http://www.bcr.com.ar/Pages/Publicaciones/inforevista.aspx?IdArticulo=111>
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27(31), 577-597
- Ley Orgánica de Drogas. (2010) Gaceta Oficial, 37.510, Septiembre 5, 2010.
- Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras. (2012). Gaceta oficial, 40.157, Abril 30, 2013.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of industrial*

and organizational psychology.

Lorenzo, G. (2012). 'La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual'. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína. *Gazeta de Antropología*, 28(2).

Massiah, M., Valecillos, S y Brito, J (En Prensa) (2016). Especial Sociedad: Aumentan casos de indigencia en Venezuela. Recuperado de: <http://www.elimpulso.com/correo-diarios/a-esta-hora/especialsociedad-aumentan-casos-de-indigencia-en-venezuela>

McLellan T, Lewis C, O'Brien P, Kleber D.(2000) Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 284(13) 1689–1695

Martínez, M. (2004) *Ciencia y Arte en La Metodología Cualitativa*. México. Trillas

Martínez. M., Trujillo, H. y Robles, L. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Marín, L., Marrau, C. y Luquez, S. (2002). La concepción del trabajo que construyen jóvenes universitarios en la Argentina actual. *Acta Psiquiátrica de América Latina*, 48(4) 85-92

Marx, K. (1958). En torno a la crítica de la filosofía del derecho de Hegel. Carlos Marx y Federico Engels, *La sagrada familia y otros escritos filosóficos de la primera época*, Wenceslao Roces (trad.), México, Grijalbo.

Mayor, T. (2003). El discapacitado. Algunas consideraciones médico – legales. *Inserción Laboral*. Comisión para la inserción del discapacitado. Argentino.

Muñoz, M., Vázquez, C. y Vásquez, J. (2003): *Los límites de la exclusión social*. Madrid: Témpora

Millán, & Sociólogo, A. S. (2000). Para comprender el concepto de cultura. *UNAP Educación y desarrollo*, 1(1), 1-11.

Montecino, L. (2008). Personas en situación de calle en Santiago de Chile: Identidad y futuro. *Discurso y sociedad*, 2(2) 330-356.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge

- Moscovici. Athenea digital, (2).
- Monje, C. (2001). Guía Didáctica Metodología de la Investigación. México. Síntesis.
- Navarro, M. L. (2006). La construcción del empleo precario: dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral (Vol. 15). Cáritas Española.
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.
- Neffa, J. C. (2003). El trabajo humano: contribuciones al estudio de un valor que permanece. Lumen Press
- Neuman, L. (1994) *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches*. Needham Heights .EE.UU. Allyn and Bacon.
- Nieto, E. (2001). Los capellanes penitenciarios ayer y hoy. *Revista de Estudios Penitenciarios*, (224-227).
- Palma, R. (2007). La Indigencia en Caracas. En *Enfoque Periodístico*. (Tesis de Licenciatura) Recuperada de: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3522.pdf>
- Peñafiel, R. (2003). Venezuela: un escenario político antagonista. El pueblo y la pobreza en el discurso de Chávez. *Revista Versión*, 13, 143-185.
- Peiró, J. (1987): *Psicología de la Organización*. Madrid: UNED
- Porras, V., & Raúl, N.(2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Tesis Psicológica*, Julio-Diciembre, 98-117.
- Ocasio, G. (2005, January). The formal problem of the informal economy. *Caribbean Business*, 33(2), 12
- Oficial, G. (2007). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial*, (38.776).
- Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative effect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42(6), 198-200.
- Organización Internacional del Trabajo. (2014). Salud y Seguridad en el trabajo (SST): Aportes para una cultura de la prevención. Recuperado de <https://goo.gl/iDx3H2>.

- Organización de naciones Unidas (ONU). (2011). En Chile todos contamos. Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, 20.
- Oficina Nacional Antidrogas. (2012). Directorio del Sistema Público Nacional de Tratamiento de las Adicciones. Obtenido de: <http://www.ona.gob.ve/OVD/Mapa/index.php>
- Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
- Pine, G.J. e Innis, G. (1987): Cultural and Individual Work Values. *The Career Development Quarterly*, 279-287.
- Ponte, A. (2009) análisis de la Situación de los Derechos de Niños y niñas Provados del Cuidado de sus Padres o en Riesgo de Perderlos. Caracas. SOS Aldeas Infantiles Venezuela
- Puccetti, M. y De La Sovera Maggiolo, S. (2011). Estar en Situación de calle: Entre la Vulnerabilidad y la Desafiliación. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología– UBA.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.aed.). Madrid, España: Autor.
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2) 330-360.
- Ries R. (1992). Serial, parallel, and integrated models of dual-diagnosis treatment. *Journal of Health Care for Poor and Underserved*, 3 (8), 173-180.
- Rokeach, M. (1979). Value theory and communication research: Review and commentary. *Communication Yearbook III. New Brunswick*, 7-28.
- Rodgers, G. y J. (1989): El mercado precario en la regulación del mercado laboral. Crecimiento del empleo atípico en Europa Occidental, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Rodríguez, J. (2000), Vulnerabilidad demográfica en Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Uruguay, Santiago de Chile: CEPAL

- Roberts, R., Roberts, C. y Xing,Y.(2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2), 4-13.
- Rosenthal, R. (1994) *Homeless in Paradise. A Map of the Terrain*, Philadelphia: Temple University Press.
- Rosovsky, H.(2009), *Alcohólicos Anónimos en México, fragmentación y fortalezas*, en *Saberes y Razones*. México, D.F.: Trillas
- Rosovsky, Haydée. (2009). *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas*. *Desacatos*, (29), 13-30. Recuperado en 02 de julio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742009000100002&lng=es&tlng=es.
- Rowe, S. y Wolch, J. (1990). Social Networks in Time and Space: Homeless Women in Skid Row, Los Angeles. *Annals of the Association of American Geographers*, 80 (2) 90-115
- Ruiz Quintanilla, S.A. y Wilpert, B. (1991): Are Work Meanings Changing? *European Work and Organizational Psychologist*, 1 (2/3): 91-109.
- Zubiri Sáenz, F. (2013, August). Satisfacción y motivación profesional. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 36, No. 2, pp. 193-196). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Sánchez, M. y Tezanos, S. (2004). Los inmigrantes sin hogar en España: un caso extremo de exclusión social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 2(8) 55 -71
- Sánchez Contreras, W., & Zambrano Vargas, R. E. (2015). Características socio-culturales de los creyentes de la religión Yoruba (santería) en Venezuela (Bachelor's thesis).
- Shalay, A. y Rossi, P. (1992): Social science research and contemporary studies of homelessness. *Annual Review of Sociology*, 18(4) 129-160.
- Sher, K., Bartholow, B. y Wood, M. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 818-829.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family

- patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9(5), 111-126.
- Snow, D. A., & Anderson, L. (1993). *Down on their luck: A study of homeless street people*. Univ of California Press.
- Strauss, L. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Reino Unido: SAGE
- Swadi, H. (1989). *Substance use in a population of London adolescents*. Londres: University of London.
- Tamayo, M. (1997). *El proceso de la Investigación Científica*. Mexico: Limusa.
- Taylor, E. B. (1871). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom* (Vol. 2). J. Murray.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). *La Entrevista En Profundidad. Métodos Cuantitativos Aplicados* 2, 194.
- Timmermans, M., Van Lier, P. y Koot, H. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 386-394.
- Tokman, V (2004). De la informalidad a la modernidad. *Boletín Citerior*, 155, 9-31.
- Tomedes, J. (2008). Centro de Rehabilitación Integral Okeima. [Aló Presidente 313]. Recuperado de: http://www.alopresidente.gob.ve/info/5/509/centro_de_rehabilitaciuen.html
- United Nations Human Settlements Programme. (2014). *The Challenge of Slums: Global Report on Human Settlements*. Recuperado de <https://goo.gl/FsHTiZ>.
- Weinert, A. B. (1985). *Manual de psicología de la organización: la conducta humana en las organizaciones*. Herder.
- Weason, M. (2006) *Personas en Situación De Calle: Reconocimiento e Identidad en Contexto de Exclusión Social*. Santiago, Chile. Universidad Alberto Hurtado.
- Van Dijk, T. A. (2005). *Ideología y análisis del discurso. Utopía y praxis latinoamericana*, 10(29).
- Villoro, L. (2015). *El concepto de ideología: Y otros ensayos*. Fondo de Cultura Económica.
- Yin, R.K. (1989). *Case Study Research: design and Methods*, Applied social research

Methods Series, Newbury Park CA: Sage.

Yunus, M. (2000). *Hacia un mundo sin pobreza* (7ª ed.). Santiago, Chile: Andrés Bello.

Zubiri Sáenz, F. (2013). Satisfaction and professional motivation. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 193-196.

Zuñiga, M. (1954) Manual de Historia de Hospitales. Rev Soc Ven Hist Med. 3(4), 5-197.

Zimmerman, P. y Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25 (6) 107-124.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ANEXOS

Anexo 1. Guión de Entrevista semi estructurado

Información Básica:

1. Nombre, iniciales o seudónimo
2. Edad
3. Zona donde reside actualmente
4. Nivel de instrucción académica (Primaria, Secundaria, Universitario, Nunca estudió)

Información Familiar

5. Estado civil (Soltero, casado, concubinato, viudo)
6. ¿Tiene hijos? Cantidad de hijos.
7. ¿Todavía tienes contacto con tus familiares cercanos (Padres, hijos, pareja)?
8. ¿Con quién vives actualmente?
9. ¿Cuándo estabas en situación de calle cómo era la comunicación con tus familiares?

Información Laboral

10. ¿Qué significa para ti el trabajo?
11. ¿Antes que entraras en situación de calle en que trabajabas? ¿Cómo subsistían?
12. ¿Qué pasaba cuando estabas en SDC que no tenías interés en trabajar formalmente?
13. ¿Trabaja actualmente?
14. ¿Qué fue lo que te motivó a buscar empleo nuevamente?
15. En caso de estar trabajando actualmente ¿Cómo consiguió ese empleo?
16. ¿Cuáles fueron las dificultades que tuviste para entrar al mercado laboral?
17. ¿Cuéntame cómo es tu experiencia ahora que estás trabajando?
18. ¿Tenías o tiene miedo de no conseguir empleo? ¿Porque o a que le tenias miedo?

Rehabilitación

19. ¿Asististe algún programa de Rehabilitación para salir de la SC?
20. ¿Estos tratamientos eran públicos o privados?
21. ¿Sufrió alguna recaída posterior de haber estado en un programa de rehabilitación? De ser afirmativa esta pregunta
22. ¿Cuántas veces sufrió una recaída?
23. Luego del último tratamiento de rehabilitación ¿Qué te motivó a salir de las calles y rehabilitarte?
24. ¿En qué consistió el tratamiento de rehabilitación?
25. ¿Puedes describir las etapas de este tratamiento?
26. ¿Elaboraste un proyecto de vida durante el proceso de rehabilitación? De ser afirmativa la pregunta.
27. ¿Qué es un proyecto de vida para ti?
28. ¿Cuándo adquiriste este concepto y cómo?
29. ¿Cuál es tu plan de vida?
30. ¿Estás cumpliendo ese plan de vida?
31. ¿Continúas asistiendo a algún grupo de apoyo posterior al proceso de rehabilitación?

Situación de Calle

32. ¿Cómo llegaste a entrar en situación de calle?
33. ¿Aproximadamente cuanto tiempo estuvo en situación de calle?
34. ¿En qué zonas habitabas?
35. ¿Solías desplazarte solo o en grupo? calle ¿Qué valor tenían para ti las personas el grupo de personas con los que andabas?
36. ¿Fuiste parte de grupos antagónicos? Indagar.
37. ¿Cuéntanos qué dificultades tuviste en la calle durante todo ese tiempo?
38. ¿Acudiste al consumo de sustancias? ¿Qué sustancias consumiste?
39. ¿Cómo adquirirían el dinero para comprar (Sustancias)?
40. ¿Qué métodos utilizó para sobrevivir en la SDC (Seguridad, alimentación, vestimenta, enfermedades)
41. ¿Sufrió algún ataque violento o algún tipo de abuso?

- 42. ¿Estuviste privado de libertad en algún momento antes o durante situación de calle? De ser afirmativa la pregunta,
- 43. ¿Por qué estuviste preso?
- 44. ¿Por cuánto tiempo estuviste preso?
- 45. ¿Cometiste algún delito por el cual no haya sido procesado penalmente?

Creencias Políticas y religiosas

- 46. ¿Cuál es tu ideología política?
- 47. ¿Tienes algunas críticas sobre las acciones que ha tomado el estado con respecto a la problemática?
- 48. ¿Rescatarías alguna política pública o iniciativa que ha tenido el estado referente a la problemática de adicciones y situación de calle?
- 49. ¿Qué harías si se diese un cambio de gobierno con políticas antagónicas a las actuales?
- 50. ¿Cuáles eran tus creencias religiosas antes y durante la situación de calle?
- 51. Posterior al tratamiento de rehabilitación y reinserción ¿Cuáles son tus creencias religiosas?

Anexo 2. Sistema de Dimensiones, categorías y sub categorías.

